350

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 F

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 **THÈSE** N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU PRURIT VULVAIRE

(ÉTUDE CLINIQUE)

PAR

M^me^ EYRAUD-DECHAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-Sciences

Président : M. POZZI, *Professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, Editeur

19, RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 19

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

ET PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de notre respectueux dévouement pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Louis

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, qui nous a guidé dans notre carrière médicale et nous a prodigué ses précieux conseils, nous sommes heureuse d'adresser, avec nos très vifs remerciements, l'assurance de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui, en maintes circonstances, nous a donné la preuve de sa bienveillante sympathie. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour l'enseignement éclairé que nous avons reçu de lui.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Louis

Avec tous nos sincères remerciements pour l'excellent enseignement qu'il nous a donné et l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition, pour notre thèse, ses documents personnels.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

M. le Prof. DUCLAUX (*in mémoriam*).
M. le Prof. DASTRE.
M. le Dr LAPIQUE.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Dr HIRTZ, 1901-1902.
M. le Prof. LETULLE, 1902-1903.

Externat

M. le Dr LAUNAY, 1903-1904.
M. le Prof. LETULLE, 1904-1905.
M. le Prof. NETTER, 1905-1906.
M. le Dr DARIER, 1906-1907.

Internat

M. le Dr GOUGET, 1907-1908.
M. le Prof. TEISSIER, 1907-1908.
M. le Dr SIREDEY, 1908-1909.
M. le Dr BROCQ, 1909-1910.
M. le Dr DARIER, 1910-1911.

A MM. les docteurs GEORGES KUSS, LAUBRY, A. SCHWARTZ, PATER, CAAPETTE, LEMAIRE H., PAGNIEZ, PAUTRIER, BELOT, CIVATTE.

Nous remercions particulièrement M. le Docteur JAYLE, des bons conseils qu'il nous a donnés et de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les ressources de sa consultation à l'hôpital Broca.

INTRODUCTION

Le prurit vulvaire ne constitue pas une affection grave, en ce sens qu'il ne met pas la vie des malades en danger. Pourtant, dans sa forme sévère, il représente, pour les malheureuses qui en sont atteintes, un supplice de tous les instants : c'est peut-être l'affection qui retentit le plus sur l'état moral du sujet. On sait combien le prurit, quel que soit son siège, constitue une sensation agaçante, énervante, pour peu qu'elle se prolonge et surtout si, pour une raison quelconque, on est obligé de résister au désir de se gratter.

Or, par son siège, le prurit vulvaire, même peu marqué, prend une importance considérable, car il fait partie justement de ces prurits qu'il est difficile de soulager par le grattage, à moins que les malades ne s'isolent complètement, ne se condamnent à fuir toute société, si les crises de prurit sont très fréquentes. On voit de suite quelles conséquences il peut avoir sur leur vie, avec quelle rapidité il va influer sur leur caractère, sur leur système nerveux,

en faire des neurasthéniques et retentir rapidement sur l'organisme tout entier. De plus, les crises nocturnes sont souvent très intenses et viennent alors priver totalement ces malades de repos.

Tout prurit vulvaire n'a pas, bien entendu, cette intensité, cette ténacité, et ne retentit pas ainsi sur l'état général du sujet.

Mais à ce premier point de vue, qui justifierait à lui seul l'intérêt de son étude, s'en ajoute un autre non moins important : le prurit vulvaire, est, en effet, bien souvent l'indice révélateur, soit d'une affection des organes génitaux, soit d'une affection générale (et nous citerons seulement ici la syphilis observation VI, et le diabète observation XIV). De l'étude de ce symptôme va donc découler la découverte de ces affections, d'où la possibilité de les traiter et peut-être de les guérir complètement.

Cette notion n'est pas vraie seulement pour le prurit vulvaire, et elle peut s'étendre à un grand nombre de ces réactions que l'on voit se faire autour des orifices naturels. Alors que nous n'étions encore qu'externe, à l'hôpital Broca, bien souvent, au cours d'examen des malades de la consultation, notre maître, M. le docteur Darier, avait attiré notre attention sur cette notion : les lésions qui siègent autour d'un orifice naturel sont dues, dans l'immense majorité des cas, à une lésion de la muqueuse voisine. Toutes les fois que nous nous trouvions en face d'une malade rentrant dans cette catégorie, nous recherchions avec ténacité ces lésions

et nos efforts étaient bien souvent couronnés de succès.

Pendant les deux années que nous avons eu l'heureuse fortune de passer à l'hôpital St-Louis, nous avons pu nous rendre compte que cette notion, qui paraît presque banale au premier abord, est loin d'être aussi connue qu'elle le devrait. Assez fréquemment, des malades sont envoyés à la consultation de l'hôpital St-Louis, par d'autres hôpitaux ou par des médecins de ville, pour une lésion péribuccale, anale ou vulvaire, traitée par eux depuis déjà longtemps (2 ans dans une de nos observations) en tant que symptômes, mais sans qu'aucun effort n'ait été tenté pour rechercher, combattre et guérir, si possible, la cause qui la tient sous sa dépendance.

Nous avons pu recueillir, sur ce sujet, un certain nombre d'observations qui nous avaient vivement intéressé, aussi est-ce avec empressement que nous avons choisi ce sujet de thèse, lorsque M. le docteur Darier nous l'a proposé. Pendant l'année d'internat que nous avons passée à l'hôpital St-Antoine, sous la bienveillante direction de M. le docteur Siredey, nous avions pu déjà observer des cas de prurit vulvaire en relation avec des affections génitales et voir toute l'importance de l'étude de cette affection.

Nous avons essayé de réunir les études déjà nombreuses, mais éparses, faites sur ce sujet, en y ajoutant le fruit de nos propres observations. Si la lecture de ce travail pouvait amener, par un traite-

ment rationnel, l'amélioration de quelques cas de prurit, ou la guérison d'une affection dévoilée par ce prurit, notre ambition serait pleinement satisfaite et nous nous réjouirions d'avoir fait œuvre utile.

GÉNÉRALITÉS

Depuis longtemps on a discuté afin de savoir à quelle variété d'affection vulvaire on devait réserver la dénomination de prurit vulvaire, et l'accord n'est pas encore fait sur cette question, entre tous les auteurs.

On sait, en effet, que là, comme pour le prurit en général, il est des cas où la cause de la démangeaison semble nette, dès le premier abord, tandis qu'ailleurs, quelque soin que l'on prenne, en examinant la malade, il est impossible de remonter à une cause tangible.

On a donc, avec l'école d'Hebra-Kaposi, réservé le nom de prurit vulvaire à celui-là seul qui évolue sans réaction locale d'aucune sorte, sur peau absolument saine, et sans qu'une cause locale puisse être incriminée. On a refusé cette dénomination à tous les autres cas, que l'on a réunis alors sous le nom de vulvites prurigineuses, marquant ainsi que l'affection primordiale est une altération de la vulve, une vulvite qui accessoirement s'accompagne de démangeaisons.

Mais cette opinion a été controversée. Sänger, à

la société de Leipzig, en 1893, soutint qu'il n'existe pas un seul cas de prurit vulvaire sans lésion locale ; pour lui, les causes sont multiples, mais presque toujours, et dans les formes sévères sans exception, elles sont d'ordre exogène. Il dit n'avoir jamais rencontré un cas de prurit tenace sans affection cutanée concomitante. Il ne peut admettre l'existence d'un prurit essentiel et, pour lui, il y a toujours maladie locale primitive de la vulve, qui, secondairement, affecte les terminaisons nerveuses.

Fritsch est moins intransigeant, tout en partageant à peu près l'avis de Sänger. Il admet, mais dit-il sans l'avoir jamais rencontré, un prurit ayant pour cause une névrose spéciale, dans des cas très rares et seulement chez des femmes âgées. Tous les cas qu'il a soignés étaient sous la dépendance d'une lésion locale.

En réalité, il est bien difficile d'élever une barrière aussi nette, et, entre le prurit qui paraît vraiment essentiel et la vulvite prurigineuse dont la cause locale est évidente, on trouverait, il nous semble, tous les intermédiaires. N'en est-il pas de même pour tout ce qui n'est qu'un symptôme, pour tout ce qui n'est pas une maladie définie, ayant une étiologie précise, une évolution et un cycle déterminés ? Nous trouverons, en effet, des faits de passage qui nous permettront de relier sans interruption brusque, les deux variétés extrêmes du prurit vulvaire.

D'ailleurs, en s'en tenant aux termes mêmes de

la définition du prurit vrai, du prurit dit essentiel, il y a certaines variétés qui, rangées dans ce cadre par les uns, en sont exclues par les autres. Il en est du prurit vulvaire comme du prurit en général.

Nous voyons, par exemple, dans le livre de Kaposi, à propos du prurit en général, que « les démangeaisons qui accompagnent l'ictère ne sont « pas un vrai prurit, mais elles sont occasionnées « mécaniquement par le dépôt, dans la peau, de « matière colorante de la bile ».

Besnier et Doyon contestent absolument cette manière de voir et nous reproduisons leur discussion à ce sujet. Elle s'applique aussi bien au prurit vulvaire qu'au prurit en général : « Nombre d'ictériques dont le tégument reste coloré en vert foncé pendant une série de mois, ne présentent pas « de prurit et il s'en faut que tous les sujets atteints « d'ictère aigu aient du prurit. Si la démangeaison « des ictériques est produite par l'infiltration, dans « le derme d'une matière excrémentielle non éliminée par les voies biliaires, cette matière n'est pas « le pigment et il reste à démontrer la réalité, l'espèce de l'agent irritant et son mode pathologique. Tout aussi légitimement, on pourrait émettre l'idée qu'il s'agit d'un prurit reflexe, à foyer « hépatique.

« Si tous les prurits dont la cause matérielle pourrait être ainsi incriminée, devaient être retranchés « du cadre du prurit, il n'en resterait bientôt plus « aucune variété à admettre. L'auteur a-t-il rejeté

« le prurit anal parce qu'il était en rapport avec « l'altération variqueuse du rectum ? A-t-il rejeté « le prurit sénile parce qu'il était peut-être lié à des « altérations séniles de la peau ? etc...

« Il n'y a pas à insister. Diverses affections dont « le prurit est le phénomène symptomatique essen- « tiel et qui sont rattachées à des conditions patho- « géniques diverses ont toutes ce caractère commun « de ne pas présenter de lésion primitive apprécia- « ble à laquelle elles puissent être directement « rapportées, cela nous suffit pour les réunir dans « un groupe naturel en ayant soin de les différen- « cier les unes des autres, quand il y a lieu, par les « qualificatifs appropriés. »

De même nous écarterons les prurits qui ne sont que des épiphénomènes au cours de dermatoses classées, affections d'ailleurs qui ne sont pas spéciales à la vulve, affections généralisées dont la localisation s'est faite au niveau de la vulve comme elle aurait pu se faire ailleurs, par exemple : le mycosis fongoïde, la dermatite de Duhring, certaines éruptions médicamenteuses, etc...) Ce sont là des *prurits secondaires* dont nous n'avons pas à nous occuper.

Nous réserverons le nom de prurit vulvaire primitif ou de prurit vulvaire sans plus de précision, à toute démangeaison survenant au niveau de la vulve, sur peau saine, sans aucune lésion primitive appréciable de la peau et de la muqueuse.

Ajoutons de suite qu'au moment où la malade

viendra consulter son médecin ce premier stade pourra être dépassé et le grattage, les infections secondaires, les irritations traumatiques auront pu amener des lésions que nous étudierons en détail, qu'il faut bien connaître pour ne pas faire de ces lésions la cause du prurit alors qu'elles n'en sont que la conséquence ou qu'elles l'accompagnent sans l'influencer, comme nous le verrons, nous trouverons là des lésions de réaction banale et des lésions un peu plus spéciales.

Voilà donc, au point de vue objectif, une première difficulté par laquelle il ne faudra pas se laisser arrêter.

Dans ces prurits primitifs, nous allons trouver des variétés bien différentes les unes des autres, surtout au point de vue de leur étiologie.

Comme nous le disions au début, cette affection est bien souvent en relation avec une maladie de l'appareil génital. Tantôt cette maladie s'accompagne de pertes qui viennent irriter et souiller la vulve. La pathogénie du prurit qui survient dans ces cas, semble nette. C'est, je crois, à cette variété, que l'on pourrait donner le nom de vulvite prurigineuse, les pertes s'accompagnant fréquemment d'une vulvite qui peut être intense ou au contraire, à peine marquée, suivant les cas. Nous l'appellerons *Prurit vulvaire primitif de cause locale*.

Tantôt aucun écoulement n'accompagne l'affection génitale, mais il existe, dans le voisinage, une lésion qui tient le prurit sous sa dépendance, celui-

ci alors peut être dit réflexe, ce qui ne nous fixe nullement sur sa nature intime mais le classe dans notre esprit et permet de le comparer à d'autres variétés admises par tous : prurit au niveau du méat urinaire ou du gland coexistant avec un calcul vésical ; prurit anal en rapport avec des hémorrhoïdes, avec un rétrécissement de l'urètre, comme nous avons pu en recueillir une observation ; enfin, à plus grande distance, prurit nasal révélant souvent chez l'enfant la présence d'oxyures. Nous appellerons donc ces démangeaisons : *Prurit primitif réflexe de cause locale.*

Mais, dans des cas assez nombreux, l'examen le plus attentif ne peut permettre de trouver aucune lésion génitale ou péri-génitale et le prurit est en rapport avec une affection générale. Nous n'aurons pas à nous étendre longuement sur ces faits ; là encore la vulve est rarement l'unique point atteint et le prurit ne présente aucune particularité ; pourtant, même dans ces cas, il faudra chercher avec soin s'il n'existe pas à ce niveau une lésion minime qui a été le prétexte de son éclosion. Il est, cependant une variété de ces prurits que nous étudierons un peu plus complètement à cause de sa fréquence, de son importance ; c'est le prurit diabétique dont la localisation vulvaire peut-être longtemps et parfois toujours l'unique manifestation.

Il nous reste à mentionner une dernière variété de prurit : c'est celui que n'accompagne aucune maladie connue ni locale ni générale qui tient sans

doute à la constitution même du sujet, à la diathèse comme on aurait dit autrefois. Nous l'appellerons : *Prurit vulvaire primitif essentiel.*

C'est à cette variété qui évolue surtout chez des sujets nerveux et intoxiqués que le docteur Brocq donne le nom de névrodermie, le docteur Darier de neurodermatose. Mais il est bien rare que la peau reste absolument indifférente au grattage incessant qu'elle subit, elle réagit beaucoup plus souvent en donnant une lésion spéciale que le docteur Brocq appelle la lichénification. Il a bien montré que cette lésion ne devait pas être prise pour la cause des démangeaisons, mais bien au contraire, doit, de façon non douteuse, être considérée comme une conséquence. Ce sont donc pour le docteur Brocq les prurits circonscrits avec lichénifications qu'il dénomme encore, avec le docteur Jacquet, névrodermites marquant ainsi la part qui revient au système nerveux dans l'étiologie de ces prurits. Il ajoute pourtant des réserves que nous devons signaler : « Certes, ce mot n'est pas à l'abri de sérieuses objec- « tions ; il indique probablement beaucoup trop au « point de vue pathologique ; nous ne voulons « point dire, en effet, qu'il y a dans ces cas une lé- « sion quelconque, histologiquement appréciable, « du système nerveux central ou périphérique ; nous « n'avons même pas voulu signifier en le créant « que les conditions pathogéniques de cette derma- « tose consistent uniquement dans des troubles gé- « néraux du système nerveux, mais simplement que

« les personnes qui en sont atteintes sont des ner-
« veux dans l'immense majorité des cas, etc... »

Nous avons ainsi une deuxième variété qui touche de très près la première puisque, comme elle, elle évolue sans cause locale ; de plus, la lichénification ne se fait pas du jour au lendemain, il faut un certain temps pour que les lésions se produisent et, pendant toute cette première période, le prurit peut et doit être considéré comme un prurit essentiel. Cette période est extrêmement variable, parfois quelques semaines, plus souvent quelques mois. Si la lichénification se faisait au bout d'un temps toujours le même, on pourrait peut-être considérer la phase première comme la première période d'une affection bien déterminée dont la phase de lichénification n'est que la deuxième période ; mais il est bien loin d'en être ainsi. Doit-on alors voir là la substitution d'une deuxième maladie (prurit avec lichénification) à la première (prurit essentiel) ? Certainement non ; la lichénification est simplement une réaction locale qui se produira non seulement au cours des prurits sur peau primitivement saine, mais qui vient encore compliquer toute une autre série de dermatoses ; nous la verrons, en effet, accompagner fréquemment les prurits avec eczéma. Pour se produire, elle nécessite simplement les conditions suivantes : il faut qu'il y ait prurit (peu importe sa cause), que ce prurit soit soumis aux traumatismes du grattage, qu'il occupe pendant un temps suffisant une même région, en-

fin que le sujet présente une prédisposition à la lichénification.

Pour nous résumer, voici comment nous comprenons et classons les démangeaisons de la vulve :

1° des prurits précédant de très peu ou accompagnant une dermatose connue, presque toujours généralisée ou à localisations multiples : Ce sont les *Prurits secondaires* que nous laissons de côté.

2° des prurits évoluant sans lésions primitives de la peau : Ce sont les *Prurits primitifs* qui feront l'objet de cet ouvrage.

Parmi ceux-ci : *a*) les uns sont surtout dus à une affection génitale. Ce sont les *Prurits primitifs de cause locale*, parmi lesquels nous trouverons les *Prurits réflexes*. Ces variétés ont pour unique localisation la région vulvaire.

b) Les autres sont en rapport avec une affection générale de cause interne : ce sont les *Prurits primitifs de cause générale ;* ils peuvent être à localisations multiples.

c) Enfin, la cause reste inconnue, le rôle important semble être joué par le système nerveux : Ce sont les *Prurits primitifs essentiels :* neurodermies ou neurodermites, ou encore prurits localisés avec ou sans lichénifications. Là encore il peut y avoir d'autres localisations que la vulve mais celle-ci peut longtemps et indéfiniment rester seule atteinte.

Toute cette discussion n'a pas seulement un intérêt théorique, mais elle a une valeur pratique énorme. Nous verrons, en effet, que le traitement du prurit est bien différent suivant les cas. Lors-

qu'il s'agit d'un prurit de cause locale, il suffit, bien souvent, de modifier les conditions locales, de guérir la lésion première pour voir très rapidement s'améliorer le prurit ; tout au contraire, le prurit qui ne paraît pas se rattacher à une lésion génitale ou vulvaire est rebelle à presque toute thérapeutique et d'une ténacité désespérante aussi bien pour le médecin que pour le malade. Nous verrons qu'on a pu être conduit à pratiquer l'ablation chirurgicale de la vulve, la résection des nerfs de la région, tout traitement médical restant absolument sans effet. C'est sans doute cette variété de prurit que Gaillard Thomas vise en disant :

« Tout praticien redoute de rencontrer un cas « grave de prurit vulvaire car il sait combien la ma- « ladie est opiniâtre » et il ajoute : « en général, le « seul espoir d'en triompher est de le considérer « comme un symptôme et de chercher à découvrir « sa cause. »

Mais, pratiquement, nous ne trouverons pas ainsi des variétés bien nettes et bien distinctes de prurit vulvaire. Nous verrons, en effet, que pour une même cause, certains malades auront des démangeaisons, d'autres n'en auront pas. Nous verrons que le prurit demande, pour évoluer, un terrain spécial, variable avec les malades, et que nous essaierons de préciser au chapitre de l'étiologie. Nous verrons, enfin, que bien souvent les causes sont multiples, qu'elles s'enchevêtrent et qu'il sera parfois difficile de rapporter à chacune d'elles la part qui lui revient.

ETIOLOGIE GENERALE

Nous avons déjà dit que le prurit vulvaire n'évolue pas indifféremment chez des malades quelconques, et nous insisterons encore sur cette notion, qu'il est nécessaire de ne pas perdre de vue, si l'on ne veut pas traiter inutilement les malades.

Cette affection demande, pour se produire, un terrain spécial, une prédisposition morbide.

Voyons donc, un peu en détail, ce qui constitue ou peut constituer cette prédisposition. D'une manière générale, le docteur Brocq la définit ainsi :

« La prédisposition morbide de chaque individu « est constituée par un ensemble de conditions mul- « tiples des plus complexes qui se combinent chez « lui à doses diverses, de façon à établir son indivi- « dualité morbide : Les unes sont héréditaires, les « autres acquises. »

Parmi les conditions héréditaires, au point de vue du prurit en général, nous relevons :

La race : les israëlites, par exemple, payent un lourd tribut aux affections prurigineuses ; le milieu, le climat ; aux Etats-Unis, par exemple, le prurit serait extrêmement fréquent.

Les prédispositions des ascendants, leurs tares ; soit prurit, soit plus souvent intoxications diverses : syphilis, tuberculose, et surtout alcoolisme, goutte, caféisme, mauvaise hygiène, surmenage physique ou moral, nervosisme, émotions violentes pendant la gestation.

Dans notre observation XVII, nous voyons, par exemple, que le père de la malade était alcoolique, qu'il est mort après avoir été interné dans un asile d'aliénés et qu'une sœur est atteinte d'une affection nerveuse pour laquelle elle est soignée à la Salpétrière depuis une trentaine d'années. Ici, l'hérédité alcoolique et nerveuse du père a pesé lourdement sur ses enfants. Bien souvent, en effet, les tares héréditaires sont multiples et peuvent, suivant les cas, se mélanger de façons fort variées pour constituer à chacun son tempérament spécial, son individualité morbide qui fera, qu'en face de circonstances absolument identiques, telle malade fera un prurit extrêmement intense tandis que telle autre n'aura pas la moindre démangeaison.

A ces prédispositions héréditaires vont s'ajouter les prédispositions acquises qui modifieront les premières soit pour les atténuer soit pour les exagérer.

Si la malade mène une vie sobre avec une bonne hygiène générale, sans s'exposer aux intoxications, elle pourra échapper aux conséquences des tares dont elle a hérité. Si, au contraire, par une mauvaise hygiène, et surtout par l'ingestion d'aliments toxiques de quelque nature qu'ils soient : alcool,

vin, thé, café ou autres, elle ajoute des causes morbides aux prédispositions héréditaires, elle augmentera sa tendance aux affections en général, aux affections prurigineuses en particulier pour le cas qui nous occupe. Voici donc constitué le terrain morbide. A présent, les causes les plus minimes pourront favoriser l'éclosion d'un prurit qui n'attend qu'une occasion pour se manifester.

Quant à sa localisation, elle se fera en un point qui, par suite de circonstances quelconques, sera devenu un *locus minor resistantiæ*. Or, chez la femme, la vie génitale tient une place importante : chaque mois les menstruations viennent apporter dans tous les organes génitaux une congestion intense ; les grossesses, les accouchements, les infections si fréquentes viennent mettre cette région en état d'infériorité de résistance par rapport au reste de l'organisme. Aussi, est-ce à la vulve que nous voyons si souvent se localiser le prurit. La lésion locale constitue la cause déterminante de l'apparition du prurit. Ce sont ces lésions que nous nous proposons d'étudier en détail, on en trouvera une étude complète dans les chapitres suivants.

Tel est donc, en résumé, dans l'immense majorité des cas, le mécanisme par lequel se développe le prurit vulvaire : Prédisposition générale au prurit, affection génitale qui le localise à la vulve. Tantôt les conditions générales sont à peine marquées et n'interviennent que pour une part minime, tan-

tôt elles occupent le premier plan. Dans le premier cas l'affection sera, en général, plus facile à guérir car il est plus aisé de guérir ou du moins d'améliorer une maladie de l'appareil génital, que de modifier complètement la constitution même du sujet. Nous verrons, à propos de chacun des cas en particulier comment ces diverses causes peuvent s'associer, se combiner, et combien est souvent complexe l'étiologie du prurit vulvaire.

Il nous reste à dire quelques mots des causes occasionnelles qui favoriseront ou feront éclore la crise de prurit.

La crise la plus fréquente et la plus intense est celle du soir, au moment où la malade se met au lit après avoir quitté ses vêtements. Quelle est la cause exacte qui agit ? on ne saurait le dire ; pour le prurit généralisé on s'est demandé si ce n'était pas la décompression des tissus qui agissait, se basant sur ce fait que beaucoup de femmes absolument saines ont des démangeaisons au niveau du tronc lorsqu'elles quittent leur corset, mais nous ne voyons pas comment les vêtements pourraient exercer une pression au niveau de la vulve ; on peut invoquer soit le contact de l'air, le froid ou, au contraire, la chaleur du lit.

Bien souvent la crise éclatera après l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson nocifs, tels que fruits acides, mets épicés, boissons alcooliques, thé, café, etc..., parfois la digestion suffit, alors que le

repas qui a précédé ne contenait aucun mets toxique.

La fatigue, le surmenage, sont des causes occasionnelles fréquentes ; on a vu les crises survenir à l'occasion d'une émotion, d'un chagrin, d'une commotion morale quelconque. Les changements de temps pourront être accusés ; Guéneau de Mussy nous dit « avoir rencontré des arthritiques chez « lesquelles les temps de neige provoquaient un « prurit nocturne très incommode jusqu'à causer « de l'insomnie. »

Mais la cause qui agit avec le plus de netteté, c'est la congestion qui accompagne chaque mois la période menstruelle. Cette influence se voit surtout de façon manifeste chez les malades qui, en voie de guérison, ne présentent de prurit qu'à cette époque du mois ; chez les autres, chez celles qui ont du prurit permanent, les crises sont toujours plus intenses et plus fréquentes au moment des règles. Chez quelques malades la période la plus pénible est la période pré-menstruelle ; dans la majorité des cas c'est pendant et après les règles que le prurit a son maximum d'intensité.

Enfin, les crises peuvent survenir de façon toute spontanée soit dans le jour, soit même la nuit pendant le sommeil.

Le docteur Jacquet qui a étudié, avec grand soin, le prurit en général, a mis en lumière le rôle que joue, dans l'apparition des crises, chacune des causes que nous venons de voir.

1) Les causes prédisposantes et occasionnelles, internes et externes s'associent souvent et agissent cumulativement, c'est la « *sommation prurigène* ».

Nous verrons, en effet, que pour que le prurit vulvaire apparaisse, il faut l'association d'un certain nombre de causes les unes générales, les autres locales, qui chacune agiront pour une part. L'une d'elles pourra avoir un rôle étiologique beaucoup plus important que les autres, c'est ce que le docteur Brocq appelle la « *dominante étiologique* ».

2) Un prurit préalable appelle un prurit nouveau ; il semble que toute cellule organique emmagasine plus ou moins l'excitation qu'elle a subie par l'effet d'une mémoire locale : c'est la « *mnemodermie prurigène* ».

En ce qui concerne le prurit vulvaire nous verrons, en effet, au cours de cette étude se vérifier bien souvent cette deuxième loi. Lorsqu'une malade a eu une première fois une atteinte de prurit vulvaire, en rapport, par exemple, avec une affection locale, elle sera beaucoup plus prédisposée qu'une autre à faire du prurit à ce niveau, malgré la guérison de l'affection génitale, alors même que la cause prurigène est d'ordre tout à fait général.

Ceci nous amène à signaler toute une classe de prurit vulvaire que nous n'étudierons pas car ils ne présentent aucune particularité spéciale à la vulve, ce sont les prurits relevant uniquement d'une dyscrasie générale. On pourra les rencontrer au cours de toute une série d'affections s'accompagnant de

prurit plus ou moins généralisé tels que l'ictère, l'urémie ou au cours d'affections nerveuses tels que chorée, hystérie, tabès.

Pourtant, même chez ces malades, le prurit suivra presque toujours la loi générale qui veut que l'organe le moins résistant soit le premier et parfois le seul atteint. On pourra donc, chez elles trouver soit du prurit prédominant à la région vulvaire, soit même une localisation uniquement vulvaire du prurit si les organes génitaux ne sont pas absolument sains, et, à plus forte raison, s'ils présentent une affection quelconque. Le diagnostic de ces maladies ne dispensera donc pas d'un examen détaillé de la région vulvaire, et bien que le prurit soit ici manifestement sous la dépendance d'une affection générale, il pourra être amélioré par des soins locaux que réclamera l'affection génitale.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES

Si le prurit lui-même ne se manifeste par aucun symptôme objectif, le grattage qu'il appelle, amène, au niveau de la vulve, des modifications spéciales que nous allons étudier rapidement.

Signalons tout d'abord l'érythème simple, très rarement ortié, qui n'est qu'une réaction toute passagère.

En réalité, les premières lésions qu'amène le grattage sont, en général, des excoriations. Celles-ci reproduisent les traces de coups d'ongles successifs ; elles sont presque toujours superficielles et s'épidermisent rapidement. Pourtant leur reproduction incessante finit par déterminer une extravation de pigments sanguins suffisante pour former d'abord des stries brunâtres puis une teinte brune uniforme. Si l'excoriation a été plus profonde, il se fait à ce niveau une croutelle qui, en se détachant, laisse une trace rouge puis rosée qui disparaît peu à peu ; à la vulve même, sauf à la face externe des grandes lèvres, les croutelles ne peuvent se produire à cause de l'état humide permanent de ces régions. Mais toutes les malades ne présentent pas ces excoria-

tions malgré des grattages répétés. Certaines se grattent, en effet, avec la pulpe du doigt, d'autres avec la chemise, d'où absence d'excoriations.

En outre, il se développe peu à peu, une modification de la peau que le Docteur Brocq a bien mise en lumière. On verra, au niveau des points grattés, une lésion toute spéciale : *la lichénification*. Cette lésion peut se produire chez les femmes grasses par simple frottement l'une contre l'autre des deux parties saillantes de la face supéro-interne de la cuisse surtout s'il existe des écoulements (ceux-ci ne produisent pas, à eux seuls, la lichénification) ; mais c'est surtout le grattage qui les fait apparaître.

La pigmentation que nous avons vu accompagner les excoriations, va ici être beaucoup plus accusée, bien que ces dernières fassent presque toujours défaut. La peau peut être simplement jaunâtre, plus souvent elle est d'une teinte brune soit peu accentuée, soit, au contraire, très foncée. Les malades présentent, à ce sujet, des différences très notables, les unes faisant rapidement une pigmentation intense, les autres n'en présentant pas la moindre trace malgré un prurit persistant depuis des mois.

Voyons en quoi consiste cette lichénification dont nous parlerons souvent au cours de cette étude. Au début, la surface de la peau présente une multitude de petites facettes brillantes, aplaties, séparées les unes des autres par de légers sillons s'entrecroisant, de façon à limiter entre eux de petits losanges. Ces

facettes ne se voient qu'à un examen attentif, elles apparaissent mieux à la lumière oblique. Bientôt les lésions vont devenir plus nettes, les papilles dermiques, sans cesse irritées, vont proliférer ; elles vont former une sorte de papule de dimensions variant de 1 à 3 millimètres ; par là-même, les sillons deviennent plus profonds, et on aperçoit nettement alors, un quadrillage caractéristique, enserrant dans ses mailles des pseudo-papules brillantes et aplaties.

A un troisième stade la prolifération s'accentue et déforme la lésion précédente. Les sillons deviennent de plus en plus profonds, tandis que les pseudo-papules sont de moins en moins nettes. Tout le tissu est épaissi, infiltré, et on trouve à sa surface des squames grises, adhérentes, des excoriations et des croutelles.

En général, la teinte brune est d'autant plus foncée que l'on se trouve à un stade plus avancé.

Ces lésions peuvent se voir sur une même malade suivant les points examinés et peuvent former, dans des cas anciens, 3 zones concentriques, la plus atteinte étant au centre, comme si la lésion s'étendait peu à peu par sa périphérie.

Au niveau de la vulve même, sur les grandes et surtout sur les petites lèvres, la réunion de ces 3 stades ne se rencontre jamais, alors qu'au contraire, on les trouve fréquemment sur la portion supéro-interne de la cuisse. A ce niveau on ne confondra pas la lichénification avec des lésions toutes diffé-

rentes que provoquent le simple contact des sécrétions irritantes et qui ont été décrites longuement par MM. les docteurs Brocq et Léon Bernard, dans les *Annales de Dermatologie*. Ces dernières ne présentent, en aucun point, l'aspect lichénien, elles sont comme veloutées et d'une apparence villeuse très nette.

Nous devons attirer l'attention sur des aspects spéciaux que donne parfois la lichénification et qui pourraient être une source d'erreurs.

Dans quelques cas l'hypéracanthose de la lichénification peut donner à la muqueuse un aspect blanc grisâtre qui, au premier coup d'œil, peut faire penser à la présence de leucoplasie. Nous verrons que ce diagnostic de leucoplasie, qui paraît simple, et qui l'est, en réalité, presque toujours, présente parfois de réelles difficultés. En présence d'une teinte blanche de la muqueuse, on pensera donc à la lichénification et on recherchera, avec soin, le quadrillage caractéristique qui permet d'affirmer sa présence.

Ailleurs la lichénification a pu faire croire à l'existence d'un kraurosis vulvae. Le docteur Thibierge, dans un article des *Annales de Dermatologie*, sur lequel nous reviendrons, signale cette cause d'erreur : « Certaines lichénifications de la vul-
« ve peuvent déterminer, par suite de la tuméfac-
« tion des petites lèvres, une atrésie de l'orifice vul-
« vaire qui en impose à première vue pour le krau-
« rosis et j'ai vu porter par un gynécologue le diag-

« nostic de kraurosis chez une jeune fille qui n'a-
« vait autre chose qu'une lichénification de la vul-
« ve provoquée par le diabète. »

Il faudra savoir aussi que le prurit qui, comme nous le verrons, accompagne parfois le kraurosis et la leucoplasie, peut déterminer sur ces lésions, comme ailleurs, de la lichénification due aux grattages répétés ; le diagnostic devient alors plus complexe, et seul un examen minutieux permettra de reconnaître la superposition de ces lésions. Nous donnerons plus loin, dans un chapitre spécial, les caractères objectifs qui caractérisent et distinguent le kraurosis de la leucoplasie ; qu'il nous suffise de signaler simplement ici cette cause d'erreur.

En outre, on trouve des modifications dans la morphologie même de la vulve, modifications qui ne surviennent qu'au bout d'un laps de temps assez considérable, 5 à 6 mois et même davantage.

La vulve prend une physionomie toute spéciale se rapprochant de celle qui a été parfois décrite comme résultant de la masturbation habituelle. Les grandes lèvres, les petites lèvres sont agrandies, flétries, pendantes et flasques ; le capuchon du clitoris peut présenter les mêmes modifications.

Nous verrons, qu'au contraire, dans les cas de prurit accompagnant la sclérose, le kraurosis, les grandes et les petites lèvres sont considérablement diminuées de volume, au point de disparaître parfois complètement et qu'elles présentent une con-

sistance beaucoup plus ferme que la consistance normale.

Une autre lésion qui accompagne souvent le prurit de la vulve et dont nous devons parler, bien qu'elle ne soit pas une conséquence du grattage seul, c'est l'eczéma.

Nous avons dit que nous réservions le nom de prurit vulvaire à tout prurit évoluant sans lésion. Il semblerait donc rationnel d'écarter radicalement de cette étude tout prurit s'accompagnant d'eczéma. En réalité, les prurits avec eczéma dont nous parlerons ne sont pas simplement des eczémas prurigineux localisés à la vulve. Pendant un certain temps, parfois pendant de longs mois, ils évoluent sur peau saine et méritent bien, sans aucune discussion possible, le nom de prurit vulvaire. Puis, par suite de causes inconnues, on voit s'installer les lésions typiques de l'eczéma — rougeur, vésicules, suintement, desquamation — et tout d'abord nous pourrons dire que les traumatismes locaux ont amené une eczématisation de la région ; cette catégorie de faits rentre dans le groupe que le docteur Brocq range à côté des eczémas sous le nom de prurits chroniques rebelles avec eczématisation et lichénification. Nous croyons donc que ces prurits doivent être décrits avec le prurit vulvaire. Notre maître, M. le docteur Brocq, nous enseigne, en effet, que « l'ec-
« zéma est un mode spécial de réaction de la peau
« pouvant se produire sous l'influence de causes ex-
« ternes ou internes les plus diverses et ce mode de

« réaction dépend de l'idiosyncrasie du sujet ». Sans entrer ici dans la discussion de toute cette théorie de l'eczéma, disons qu'en ce qui concerne le prurit vulvaire, nous avons toujours trouvé cette théorie pleinement d'accord avec les faits que nous avons pu observer. Toutes les malades atteintes de prurit vulvaire ne feront pas et ne pourront pas faire de l'eczématisation parce que tel n'est pas leur mode de réaction cutanée, seules quelques-unes d'entre elles présenteront cette lésion ; une fois de plus intervient, pour donner à cette affection son aspect, son évolution, la notion de l'importance du terrain sur lequel elle évolue.

Cette tendance à réagir dans le sens « eczéma » pourra souvent se vérifier par l'apparition d'autres localisations soit pendant l'évolution de l'eczéma vulvaire, soit après sa disparition (observ. XIV).

Ces eczémas pourront revêtir différentes formes : eczéma séborrhéïque, plus souvent eczéma vésiculeux suintant. Ils pourront ou non s'infecter et présenter alors, en cas d'infection, un semis de petites pustules disséminées ; l'état de macération habituelle de la région permet rarement la formation de croutelles. Dans les plis on pourra trouver des fissures de profondeur et d'étendue variable.

Ces fissures existent d'ailleurs en dehors de tout eczéma. Elles siègent, dans la majorité des cas, au niveau de la fourchette et sont extrêmement rebelles, étant entretenues par les grattages répétés. Nous

verrons que le nitrate d'argent est le médicament de choix de cette lésion.

Signalons la possibilité de vulvo-vaginisme accompagnant ces fissures. Notre maître, M. le docteur Siredey, a insisté, à juste titre, sur le rôle important que jouent les lésions de voisinage, dans la pathogénie de cette affection. C'est là une complication fort pénible, dont le traitement sera, ici, plus particulièrement délicat, en raison des irritations incessantes que le grattage amène dans toute cette région. On ne pourra espérer la sédation du vaginisme qu'après la disparition de la fissure et l'amélioration des démangeaisons.

Enfin, assez fréquemment, on voit des varices plus ou moins volumineuses sillonner la région. Celles-ci sont beaucoup plus un symptôme concomitant qu'une conséquence du prurit, bien que Guéneau de Mussy les considère dans quelques cas comme secondaires et dues aux frottements et aux tiraillements répétés ; à notre avis, cette lésion ne doit être qu'exceptionnellement une conséquence du grattage. On ne trouve ces varices, en effet, que dans des cas assez bien délimités. Les malades chez lesquelles on les rencontre sont presque toujours des arthritiques un peu obèses, de 40 à 50 ans, aux approches de la ménopause. Elles sont fréquemment accompagnées de varices des membres inférieurs.

Telles sont les lésions que nous pouvons trouver plus ou moins diversement combinées.

Ajoutons que quelques prurits ne s'accompa-

gnent d'aucun signe objectif ; quelles que soient leur intensité et leur durée. Dans le prurit généralisé, on trouve l'analogie de ces faits dans le prurit sénile qui, lui aussi, n'entraîne aucune modification de la peau. Ces prurits sont aussi ceux qui ne s'accompagnent presque jamais d'une affection génitale ; ce sont les plus tenaces et les plus rebelles à tout traitement.

SYMPTOMES

Aucun symptôme objectif ne révèle le prurit en lui-même ; quelle que soit sa définition ce n'est qu'un symptôme subjectif. Seul, le grattage et ses conséquences pourront permettre d'apprécier l'intensité du prurit.

Voyons tout d'abord quel est le siège exact de ce prurit que, jusqu'ici, nous avons toujours appelé vulvaire. D'après nos observations personnelles, nous pouvons conclure que le prurit siègera par ordre de fréquence : sur la face interne des petites lèvres et la région vestibulaire, puis sur la région clitoridienne, clitoris et son capuchon, enfin sur les grandes lèvres. Il semble bien, malgré des exceptions assez nombreuses, que la partie la plus souvent et la plus intensement atteinte soit l'orifice vaginal, pour s'étendre ensuite à l'extérieur. De plus, les démangeaisons vont fréquemment au delà de la vulve, vers l'anus, la face supéro-interne des cuisses, le mont de Vénus ; parfois, mais très rarement, elles atteignent aussi le vagin. Toutes ces localisations ne sont que des complications de l'affection primitive partant réellement de la vulve elle-même.

Comme partout ailleurs, l'intensité du prurit vulvaire est extrêmement variable. Mais, comme nous l'avons vu, c'est beaucoup plus la réaction personnelle de la malade que la cause en elle-même qui vient donner au prurit son intensité.

Parfois minime, le prurit serait à peine perçu de la malade et serait soulagé par un simple frottement avec le doigt, s'il siégeait en toute autre région, ou si la malade était seule au moment où il survient. Mais, de par son siège, le prurit vulvaire, quelle que soit son intensité, prend de suite une importance considérable, lorsque la malade est obligée de vivre en société.

Lorsqu'elle est peu intense, pourtant, la sensation prurigineuse peut être passagère et la distraction peut amener sa disparition : un geste furtif, parfois possible suffira, dans quelques cas, pour l'atténuer et la faire disparaître.

Mais si la sensation est plus forte et si la malade se trouve vraiment dans l'impossibilité de satisfaire au besoin du grattage, ce besoin devient de plus en plus impérieux, amenant une véritable torture. La malade a recours alors à des artifices multiples : frottements contre le siège sur lequel elle est assise ; croisement des jambes aussi serré que possible pour arriver à une compression des organes génitaux externes qui, dans quelques cas, amène une légère détente ; mais, en général, tous ces artifices, au lieu d'apaiser la démangeaison, ne font que l'exaspérer, L'impossibilité de céder à cette tentation, pourtant

à peine irrésistible, de se soulager par le grattage, amène chez la malade, une tension de tout l'organisme, une angoisse véritable et extrêmement pénible, qui très rapidement retentit sur le système nerveux. Les malades alors fuient toute relation sociale, s'isolent complètement, tant elles redoutent le retour de pareilles crises et afin de pouvoir, à loisir, satisfaire ce besoin si impérieux.

Remarquons toutefois qu'il est tout-à-fait exceptionnel de voir les malades se gratter dans des lieux publics, en plein jour. La distraction et l'impossibilité absolue de céder à ce besoin, éloigne l'apparition des crises dans bien des cas. Rarement le besoin est assez impérieux pour obliger la malade à rentrer sous une porte ou, lorsqu'elle le peut, à prendre une voiture, comme cela nous a été signalé.

Tant que la malade n'a pas commencé à se gratter elle peut espérer voir rétrocéder la démangeaison ; dès qu'elle a cédé, ce n'est plus possible, c'en est fini de tout espoir d'atténuation ; les sensations s'exagèrent, se décuplent et aucun raisonnement ne pourrait alors arrêter la malade qui, perdant toute raison, toute pudeur, excorie la vulve avec les doigts, les ongles, la chemise ou beaucoup plus rarement avec un objet quelconque. Elle ne cesse que lorsque les démangeaisons s'apaisent, elle éprouve un bien-être réel, s'apercevant à peine de la douleur que provoquent les excoriations.

Nous avons pu être témoin d'une de ces grandes crises. Bien souvent, au moment où la malade se déshabille pour se prêter à un examen local, une démangeaison survient, que quelques frottements légers, calment. Pourtant, dans un cas, nous avons assisté à une de ces crises intenses, vraiment impressionnante.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description remarquable, que donne M. le docteur Darier, dans son précis de dermatologie, d'une crise de prurit en général :

« Quiconque a assisté à une crise de prurit bien « caractérisée en conserve une impression durable. « Au début, le malade cherche à se dominer ; peu à « peu il cède au besoin de grattage, qui augmente « sans cesse et dont la satisfaction s'accompagne « d'une sensation réellement voluptueuse ; bientôt « il a perdu toute mesure ; on le voit blême, an- « goissé, absorbé par son mal, se faire furieuse- « ment de sanglantes écorchures, se mutiler la « peau, se torturer littéralement, comme en proie « à une force aveugle. Ce n'est parfois que lorsque « le tégument a été mis à vif et ruisselle de sang « que la détente se produit, que l'apaisement se « fait et que la crise est terminée. Le malade en « reste épuisé et comme honteux. La comparaison « avec une crise épileptique et celle qu'implique le « terme d' « onanisme cutané » sont absolument « justifiées. »

La grande crise de prurit vulvaire se passe com-

me la crise de prurit en général, avec pourtant, il nous semble, une différence : les malades, dans un très grand nombre de cas, ne se font que peu ou pas de lésions et il est infiniment rare que « le tégument soit mis à vif et que le sang ruisselle ». On ne trouve que des excoriations linéaires peu profondes marquant la trace des ongles ; bien souvent même le grattage se fait au moyen de la chemise et n'est pas nocif pour le tégument. Pourtant une détente, en tout semblable à celle qu'indique le Dr Darier existe et marque la fin de la crise. Dans le prurit, en général, M. Brocq remarque lui aussi que « le prurit cesse quand la peau est excoriée ». D'après le docteur Jacquet la détente se produit après le grattage parce que « la sensation est arrivée à l'é- « puisement ». Il existerait même, d'après cet auteur, une hypoesthésie manifeste et durable de la région qu'il appelle hypoesthésie pruri-traumatique et qui est la cause de la détente et non un fait concomitant car, dit-il, on peut la faire naître en grattant un point non pruritique.

Quelle durée peuvent avoir les crises de prurit ? Rien de plus variable ; quelques secondes dans les cas légers, plusieurs minutes, parfois une heure et plus dans les cas extrêmes, avec tous les intermédiaires possibles : les crises pouvant même devenir subintrantes.

Leur nombre varie avec chaque malade. Lorsqu'il n'existe qu'une seule crise elle se produit habituellement le soir au moment où la malade se

déshabille, provoquée peut-être par le froid ou le contact de l'air. Pourtant elle peut survenir alors que la malade est au lit depuis quelques instants ou depuis une ou deux heures.

Lorsqu'elles sont plus nombreuses, elles surviennent à des heures absolument quelconques. Pour le prurit généralisé, M. Brocq signale que la 2e crise survient en général vers 5 heures du soir ; la 3e survient le matin. Chez nos malades, les crises ne revêtaient, pour la plupart, aucun rythme spécial et l'heure de leur apparition échappait à toute règle sauf pour la crise vespérale. On peut dire pourtant que dans les cas légers ou moyens, même lorsqu'il existe 5 à 6 crises par jour, le sommeil est presque toujours respecté ; dans les cas intenses, la malade est réveillée 2, 3 ou 4 fois par nuit, ou n'arrive à dormir qu'une ou deux heures comme notre malade D. (observation XIII).

Parfois le prurit nocturne n'est pas assez intense pour réveiller la malade et pourtant la démangeaison est assez vive pour qu'inconsciemment et endormie, la malade se gratte. Nous en avons eu plus d'une fois la preuve : tantôt on aperçoit le matin au réveil des traces de coups d'ongles qui n'existaient pas la veille ; tantôt la malade, en se réveillant, la nuit, se surprend en train de se gratter.

En général, les rapports sexuels sont mal supportés, et chez la plupart de nos malades, ils amenaient des crises de prurit plus ou moins violentes.

Voici ce qu'en dit Guéneau de Mussy : « Chez

« quelques femmes, ce prurit exalte le sens génésique, elles sont tourmentées par des désirs qu'elles ne peuvent satisfaire ; la sensibilité morbide de la vulve et du vagin ; le spasme musculaire qui s'y ajoute souvent mettent obstacle aux rapports sexuels. Cette excitation génitale peut augmenter le prurit... Il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois le coït soulage par une sorte de révulsion nerveuse. La modalité physiologique de l'innervation qu'il provoque fait cesser momentanément la modalité morbide.

« Chez d'autres, au contraire, les rapports sexuels augmentent le prurit ».

Ajoutons que dans les cas de kraurosis intense, l'atrésie de l'orifice vaginal peut être un obstacle absolu à tout rapport sexuel.

TYPES CLINIQUES

Nous voyons, en résumé, que le prurit vulvaire intense est une affection sérieuse, pouvant devenir grave et compromettre fortement la santé générale. Par l'insomnie, la perte de l'appétit, les soucis moraux, il conduit à l'épuisement, à la dépression et parfois même au suicide.

Toutes ces réactions peuvent se retrouver dans tout prurit quel que soit son siège, pourvu que son intensité soit marquée. De plus, ce prurit, par sa localisation aux organes génitaux, engendre une autre cause importante d'affaiblissement de l'organisme. Même léger, il conduit bien souvent à l'onanisme et cela, même, chez les petites filles, atteintes, par exemple, de prurit par vulvite banale ou par oxyures.

Il convient donc, dès que le prurit est connu, d'essayer de le calmer par tous les moyens que nous énumérerons, mais aussi et surtout, de remonter à sa cause, dont la guérison seule permettra d'espérer la guérison du prurit.

Nous allons essayer de passer ces causes en revue, étudiant le prurit non plus comme un symptôme

isolé, mais tel qu'il se présente dans la pratique, nous attachant à montrer pour chaque type clinique, quel symptôme attirera plus particulièrement l'attention. Nous verrons que les causes, non seulement sont très nombreuses et d'origine bien différentes, mais encore que chez une même malade plusieurs d'entre elles interviennent.

Si dans quelques cas, diagnostic causal, pronostic et traitement sont faciles, dans d'autres l'enchevêtrement des causes, le retentissement des unes sur les autres, compliquent singulièrement le problème en le rendant malheureusement parfois presque insoluble.

I. Causes locales

Périgénitales ou Génitales externes

Parmi les causes locales capables d'amener le prurit il en est d'importantes que nous étudierons en détail, d'autres que nous ne ferons que citer ; ces dernières étant des causes externes faciles à trouver pour peu qu'on se donne la peine d'examiner sa malade.

Il est, en effet, de toute nécessité, lorsqu'une malade viendra se plaindre de démangeaisons vulvaires, de pratiquer un examen approfondi de toute la région : vulve, vagin, organes génitaux internes sans oublier l'anus et l'urètre.

Phtyriase. — Nous n'insisterons pas sur les démangeaisons produites par le phtyrius inguinalis. Disons pourtant qu'il faut penser à cette cause quelle que soit la classe de la société à laquelle appartienne la malade. On aurait même remarqué sa plus grande fréquence dans la classe moyenne, et même dans la classe élevée ; la propreté des vêtements n'intervenant pas, puisque ce parasite se lo-

ge, comme on sait, au niveau des poils et non dans les vêtements, comme le pédiculus corporis ou vestimenti.

L'examen local commencera donc toujours par un examen des poils, afin d'éviter une erreur de diagnostic aussi grossière. Nous avons encore présente à l'esprit l'histoire que nous racontait, avec humour, un médecin de ville d'eau qui voit arriver chez lui toute une famille, père, mère, enfants, pour un eczéma invétéré, durant depuis des mois, soignée sans succès à Paris par son médecin habituel — alors qu'il s'agissait simplement d'une gale, facile à reconnaître, si le médecin avait eu, une seconde, l'attention attirée de ce côté.

On ne se laissera pas influencer par la présence d'eczéma ou de pyodermites, conséquences de grattage, et qui accompagnent fréquemment la phtyriase. L'existence de taches bleues sur les cuisses ou l'abdomen, la présence des parasites mêmes ou des lentes, au niveau des poils, lèveront tout doute.

On ordonnera quelques onctions avec une pommade au calomel ou au Baume du Pérou, ou des lotions au sublimé à 1 pour 500, de préférence à l'onguent gris habituel, dont nous avons vu l'application, être suivie d'intoxication hydrargyrique surtout possible chez les sujets affaiblis.

Donc phtyriase, gale, devront être recherchés et éliminés avant tout autre examen.

Signalons le prurit passager dû à la repousse des

poils rasés pour opération chirurgicale et que mentionne le docteur Verchère.

Prurit médicamenteux. — Il est aussi une question qui doit être posée à la malade de prime abord : n'y a-t-il pas eu localement lavage, pommade ou injections médicamenteuses ayant pu amener le prurit ? Et là encore, bien que cela paraisse enfantin, nous insistons sur la nécessité de préciser, de ne pas se contenter d'une première dénégation.

Les substances les plus diverses, en effet, sont capables d'amener du prurit, non pas chez toutes les femmes mais chez celles qui, de par leur état général, présentent une prédisposition, une susceptibilité particulière.

Dans notre observation IV, la malade avait simplement fait usage, pendant quelques jours, d'injections à l'eau bouillie additionnée d'une petite quantité, peut-être une cuillerée à café de teinture d'Eucalyptus mentholée à 1 pour 50. Or, la teinture d'Eucalyptus n'est pas un médicament irritant, et le menthol, comme nous le verrons, est une des substances que nous prescrivons volontiers comme antiprurigineuse.

La malade n'était pas une intoxiquée ; depuis longtemps déjà elle ne prenait ni vin, ni liqueurs, ni thé, ni café, et elle ne présentait aucune tare physiologique sauf un état nerveux assez prononcé. Ajoutons qu'elle n'avait pas une sensibilité spéciale pour le menthol puisqu'elle avait fait usage précé-

demment de cette solution pour fumigations au cours d'une pharyngo-laryngite et n'en avait ressenti aucun trouble.

Nous savons qu'on a signalé les dangers du menthol. Le docteur Leroux, dans ses articles publiés dans la presse médicale, insiste sur la nocivité que peut présenter ce médicament, surtout chez les nourrissons, et en cas de susceptibilité particulière. Mais ces cas de prurit vulvaire dus à des substances chimiques ou médicamenteuses ne sont nullement spéciaux au menthol. Bien d'autres corps pourront les faire survenir. Nous ne pouvons en donner une liste, même très incomplète, car il y a, à ce sujet, des susceptibilités individuelles, des idiosyncrasies impossibles à deviner. Signalons pourtant le salol, le phénol, le sublimé ; certains ovules médicamenteux, en particulier ovules au salol ; les injections trop chaudes et fréquemment répétées, enfin toute thérapeutique nocive ou irritante.

De plus, certains produits de toilette ont pu être incriminés ; parfums divers, même s'ils sont de bonne qualité, savons parfumés, vinaigres de toilette, etc..., etc...

On se méfiera donc de toutes les substances médicamenteuses ou simples eaux de toilette que les malades emploient, soit pour injections, soit pour lavages externes.

Ajoutons enfin les lavages répétés, de la région vulvaire, au savon, quel que soit celui qu'on emploie, mais plus particulièrement les savons parfumés. Le

prurit du savon est connu ; il est occasionné par les savonnages trop fréquemment répétés chez des sujets prédisposés ; on l'a signalé au niveau des mains chez les chirurgiens. Si donc, il peut se voir en un point où l'épiderme est normalement résistant, il se produira encore plus facilement à la vulve où les muqueuses opposent une susceptibilité plus grande.

Pour juger de l'importance de ces diverses substances dans l'étiologie du prurit il sera de toute nécessité de les supprimer complètement et de n'autoriser, pour les soins de propreté, que de l'eau bouillie, soit simple, soit additionnée de têtes de camomille.

Pourtant, il ne faudra pas s'attendre à une guérison immédiate, le prurit peut persister plusieurs jours et même davantage. De plus, les malades qui ont eu une première fois du prurit vulvaire, en feront plus facilement ensuite pour une cause quelconque.

Oxyures. — Arrivons, maintenant, à une autre cause de prurit dont la pathogénie est déjà un peu plus complexe.

Le prurit provoqué par les oxyures est, dans la plupart des cas, un prurit anal, mais il n'est pas exceptionnel, pourtant, d'observer du prurit vulvaire. Ce dernier est dû, en général, à la présence même des oxyures au niveau de la vulve, il peut se produire aussi par un mécanisme reflexe, au même titre que le prurit nasal, prurit dont l'existence est

certaine bien que sa valeur diagnostique soit loin d'être absolue.

Chez la petite fille atteinte de prurit vulvaire il faut toujours songer à la possibilité de vers intestinaux : oxyures, parfois même ascaris ; tous les topiques imaginables ne soulageront l'enfant en rien, si la cause est méconnue et il faut bien savoir que si le prurit se prolonge il conduit fréquemment à l'onanisme.

Le principal caractère de ce prurit est sa coexistence avec un prurit anal qui presque toujours a existé seul au début. En outre, il revient à heure fixe avec une périodicité pour ainsi dire constante ; presque toujours vespérale c'est, dans quelques cas moins nombreux, à une heure quelconque de la journée, qu'apparaît la crise de prurit ; elle revêt, bien souvent, une grande intensité : l'enfant s'agite, porte les mains à la région ano-génitale et se gratte sans éprouver aucun soulagement, au contraire ; plus jeune, il pleure parfois des heures entières et rien ne peut le calmer si l'examen de la région, au moment où les oxyures s'y trouvent, ne vient révéler la cause de ses cris.

L'examen répété à des heures diverses de la journée et en particulier le soir, permettra de trouver dans la région anale, et périnéo-ano-vulvaire des oxyures en nombre variable, parfois en quantité énorme ; l'épiderme, à ce niveau, peut présenter des excoriations dues à la fois au grattage et à la morsure répétée des vers.

En général, d'après Fraysse, les crises de prurit subissent une recrudescence quelque temps avant les garde-robes au moment où les matières arrivent dans le rectum et elles se continuent une demi-heure après les selles. D'après l'opinion classique, la crise est toujours et uniquement vespérale, pourtant dans l'observation que nous avons pu recueillir, la crise de prurit avait lieu le matin. Sur 6 observations de prurit anal ou génital recueillies par Railliet, 2 seulement révèlent du prurit vespéral ; dans les 4 autres, le prurit revenait à heure fixe, mais dans chacune d'elles, à des heures différentes. Il ne faudra donc pas tenir compte de l'heure où surviennent les démangeaisons pour éliminer le diagnostic d'oxyurose. L'examen des selles devra être pratiqué avec soin et pendant plusieurs jours de suite, avant de conclure à la non-existence des oxyures.

Signalons une affection dont la rareté est peut-être plus apparente que réelle et qui appelle de nouvelles recherches : l'oxyurose cutanée. Ici les démangeaisons tiennent, non plus à l'oxyure lui-même mais à ses œufs. Dans les 5 observations qui nous sont connues (Barbagallo, Majocchi, Michelson, Sczlecki et Vignolo-Lutati), les malades présentaient des lésions rappelant l'eczéma infecté secondairement et c'est l'examen microscopique pratiqué par hasard, qui révéla la présence d'œufs d'oxyures.

Le traitement du prurit dans tous ces cas, est tout

à fait secondaire. De simples soins de propreté suffiront, seule la disparition des oxyures amènera la guérison radicale.

Muguet. — Le muguet peut être une cause de prurit et donner des crises extrêmement vives. Il se rencontrera surtout chez les très jeunes enfants mal soignés ou débiles ; ou chez les vieilles femmes cachectiques. Sa présence a été signalée dans quelques cas chez la femme enceinte.

Le plus souvent il coexiste avec du muguet buccal mais il peut exister seul.

On le traitera par des injections vaginales alcalines, en particulier bicarbonate de soude ; par des lotions au sublimé à 1 pour 1000 et sans alcool ; enfin par des badigeonnages au nitrate d'argent à 1 pour 25.

Ces causes exogènes étant écartées on cherchera s'il n'existe aucune lésion périvulvaire soit anale, soit urétrale ou même vésicale, capable d'amener au niveau de la vulve du prurit réflexe.

Polypes de l'urètre. Urétrite.— On examinera l'urètre avec attention. Chez la femme on trouve fréquemment de petits polypes parfois à peine saillants et qui sont capables d'amener, et d'entretenir au niveau de la vulve, un prurit intense, qui ne cède qu'après l'ablation du polype (observ. II). Ce ne sont pas, parfois, de véritables polypes, mais des sortes de varices turgescentes absolument comparables aux hémorrhoïdes et dont la pathogénie est

mal connue. La rétention volontaire de l'urine, parfois pendant des journées entières, si fréquentes chez la femme, agirait-elle comme le fait la constipation au niveau de l'anus ? C'est là un point sur lequel le docteur Darier a appelé notre attention, qui serait à élucider et que nous ne faisons que signaler en passant.

Ajoutons encore l'urétrite, mais celle-ci s'accompagne presque toujours de vulvo-vaginite, nous en reparlerons à propos de cette affection.

Calculs vésicaux. — Les calculs vésicaux peuvent causer des démangeaisons vulvaires en tout semblables à celles que l'on voit chez l'homme au niveau du gland ; il sera bon d'y penser.

Hémorrhoïdes. — Au niveau de l'anus la présence d'hémorrhoïdes suffira parfois pour amener un prurit vulvaire extrêmement violent et dans quelques cas très rebelle. Peut-être y a-t-il là plus qu'une action réflexe. La poussée congestive qui se fait de temps à autre du côté anal peut fort bien s'accompagner d'une poussée identique sur les veines vulvaires. Les hémorrhoïdes chez la femme se sont, en effet, bien souvent développés à la suite de grossesse et elles s'accompagnent fréquemment de petites varices de tout le système veineux de l'appareil génital aussi bien interne qu'externe. Dans une de nos observations on apercevait nettement quelques varices vulvaires qui, à peine visibles en temps normal, devenaient turgescentes

soit à la suite de fatigues soit après quelques jours de constipation, c'est-à-dire après toute cause capable d'amener de la congestion du petit bassin. Ces prurits peuvent êtres minimes, alors la malade n'en souffre que par intervalles ; mais ils peuvent aussi prendre une intensité très grande et d'autant plus fâcheuse qu'il est bien difficile de guérir la lésion primordiale.

Outre le traitement du prurit en lui-même, traitement tout symptomatique que nous résumerons une fois pour toutes, on essaiera de décongestionner les organes ano-génitaux par certaines préparations, en particulier l'hamamelis, mais encore et surtout par un régime alimentaire bien conduit et par une lutte constante contre la constipation, car c'est elle qui est, bien fréquemment, la cause occasionnelle des crises.

On n'oubliera pas que ces malades sont souvent des arthritiques, et que, comme le faisait remarquer Guéneau de Mussy, d'après Récamier, « les « varices sont le plus souvent une manifestation de « l'arthritisme qui est également l'origine d'un « grand nombre d'affections prurigineuses de la « peau ».

Nous reviendrons, d'ailleurs, sur le traitement de ces malades en étudiant le prurit après la ménopause chez les arthritiques.

Herpès. Zona. — Parmi les lésions vulvaires capables de s'accompagner de prurit, citons l'Herpès et le Zona. Les démangeaisons constituent rare-

ment les symptômes prédominants et l'on note plutôt, au cours de ces affections, des brûlures et des douleurs. Cependant le prurit seul a été signalé au cours du zona et nous avons pu recueillir nous-même une observation typique de prurit au cours de l'herpès.

Nous nous trouvons ici, en face d'un prurit qui n'est qu'un symptôme accessoire au cours d'une maladie cutanée ; ce n'est donc pas un prurit vrai et nous n'avons pas, ici, à faire l'étude des symptômes si connus de ces deux affections. Nous attirons pourtant l'attention sur ces faits, car, dans les formes très discrètes, le diagnostic, comme on le verra dans notre observation III, ne peut être fait que grâce à un examen minutieux de la vulve. Il est bon de ne pas oublier ces faits, un traitement intempestif pouvant amener une éruption beaucoup plus abondante et d'une durée beaucoup plus longue.

Syphilis vulvaire. — Disons quelques mots du prurit accompagnant les syphilides vulvaires. Il est peu fréquent. Nous n'en avons rencontré que 5 cas ; encore l'une de nos malades était-elle enceinte de 6 mois. Il est pourtant connu et signalé. Martineau, dans une leçon recueillie par M. Klippel, nous dit, en effet : « Chez les sujets prédisposés, les syphilides vulvaires peuvent s'accompagner de prurit bien que par elles-mêmes elles ne puissent le produire. »

Nous savons qu'en général, les manifestations syphylitiques sont regardées comme non prurigineu-

ses et que ce caractère est souvent donné comme pouvant aider au diagnostic lorsqu'on est en présence d'une lésion douteuse. Pourtant des exceptions sont admises, et la démangeaison ne fait plus écarter d'emblée, le diagnostic de syphilis ; seule la cause est mal connue.

Régis, dans une thèse consacrée au prurit dans la syphilis, croit que les démangeaisons tiennent à la coexistence de séborrhée, et pour lui, il n'y a là qu'une coïncidence. Il cite une vingtaine d'observations de lésions syphilitiques prurigineuses, en général éruptions secondaires, presque toutes situées aux lieux d'élection de la séborrhée : espace inter-scapulaire ou intermammaire et s'accompagnant de lésions séborrhéiques nettes. Il ne cite pas de cas de syphilis vulvaire. Nous ne croyons pas qu'on puisse incriminer la séborrhée comme seule cause réelle des démangeaisons dans les syphilides généralisées ou vulvaires. Nous nous rattacherions plus volontiers aux théories plus classiques. Celles-ci ne font pas du prurit une conséquence de l'évolution simultanée d'une dermatose surajoutée, ce n'est pas le résultat d'une lésion locale primitive ou secondaire, mais bien la localisation au niveau de syphilides d'une prédisposition générale du sujet.

Cette prédisposition est due, le plus souvent, à un état d'intoxication quelconque, en particulier intoxication alcoolique.

De plus, Fournier nous dit que les syphilides si-

tuées sur régions velues ou téguments adossés, peuvent être prurigineuses. C'est là, en effet, une condition locale spéciale qui pourra avoir son influence. Mais, étant donné la banalité de la localisation vulvaire des syphilides et le peu de fréquence du prurit, nous croyons davantage à l'influence de l'état général.

L'une de nos malades était nettement une alcoolique (obs. VI) ; une autre avait un tube digestif en mauvais état et une hygiène alimentaire déplorable. Quoiqu'il en soit, l'existence de syphilides vulvaires prurigineuses n'est pas douteuse, et il faut bien savoir que le prurit peut accompagner tout aussi bien des lésions énormes (obs. V), que des lésions extrêmement discrètes (3 petites plaques muqueuses, obs. VI). Cette dernière observation nous a paru tout particulièrement intéressante, car c'est le prurit qui a permis de découvrir une syphilis à manifestations très discrètes.

Le prurit ne présente, d'ailleurs, aucun caractère particulier, ni comme intensité ni comme fréquence ou évolution des crises.

Il nous a paru peu tenace et semble guérir en même temps que la lésion qu'il accompagne, à condition toutefois, que le traitement de l'état général ne soit pas négligé.

Le traitement du prurit en lui-même n'a pas d'indications spéciales ; si on a affaire à des plaques muqueuses hypertrophiques, des attouchements au nitrate d'argent, répétés tous les deux jours agiront à la fois sur la lésion et sur le prurit.

II. Vulvo-Vaginite, Métrite, Fibrome, Cancer, Salpingite

Le prurit, au cours des métrites, se voit dans des circonstances extrêmement différentes. Tantôt c'est une simple réaction locale au cours d'une blennorrhagie aiguë, avec pertes abondantes. Tantôt c'est, au contraire, le symptôme morbide dominant toute la scène alors que les pertes sont minimes, ou même précédant toute perte et révélateur d'une affection encore ignorée ; tantôt, enfin, il constitue, par lui-même, une affection propre, il traduit une véritable tare de l'état général, localisée là par une lésion insignifiante de la vulve à laquelle il est venu, en quelque sorte, s'accrocher.

Avant l'apparition de la métrite, et constituant, pour ainsi dire, son premier symptôme, le prurit vulvaire est exceptionnel ou du moins les observations connues, jusqu'ici, sont très peu nombreuses.

Simonet, dans sa thèse, relate deux cas extrêmement intéressants, dans lesquels le prurit précéda

les signes objectifs de la métrite, de plusieurs jours et disparut rapidement bien avant la guérison de l'affection qui l'avait causé. Au moment de son apparition il n'existait encore aucun écoulement et on ne peut pas dire ici, que la métrite agissait par l'irritation toute banale que peut causer, en un point quelconque, la présence d'un liquide anormal. Simonet le classe dans la catégorie des prurits vulvaires réflexes, prurits purs, dont l'apparition demande, outre un état de déséquilibre nerveux, la convergence d'une excitation donnée, viscérale ou centrale, avec une excitation mnémodermique. Il le place sous la dépendance d'un trouble sympathique et pour lui « l'anatomie explique suffisamment la « répercussion vulvaire de l'irritation utéro-vagi- « nale ; celle-ci gagnant la moelle par les nerfs « utérins et vaginaux et revenant ensuite par l'in- « termédiaire des nerfs cutanés génitaux, se fixer à « la région ».

Nous ne croyons pas que l'explication soit aussi simple, mais, quoiqu'il en soit, du trajet exact suivi par l'irritation, il n'en reste pas moins un fait certain : c'est l'existence de cette variété rare de prurit, variété que nous n'avons jamais rencontrée.

Mais, en somme, les cas de prurit, comme ceux que nous trouvons mentionnés dans cette thèse, sont des cas tout-à-fait exceptionnels. Beaucoup plus fréquent est le prurit accompagnant les écoulements vaginaux. Pourtant, là encore, il y a quelque chose de plus qu'une réaction banale. En effet,

l'apparition du prurit ne coïncide pas avec la période où l'écoulement est le plus abondant, et on peut dire qu'il n'y a aucune relation entre l'intensité du prurit et la cause, l'abondance, la durée des pertes vaginales. Le prurit peut être si léger qu'il faut attirer l'attention des malades pour qu'elles le signalent, et cela, chez des blennorrhagiques à la phase aiguë. Il peut, au contraire, être tenace, intense, véritable idée fixe des malheureuses chez lesquelles il se rencontre et accompagner simplement un vague reliquat de métrite chronique.

Pourtant il ne se présente pas, dans les deux cas, avec une symptomatologie identique.

Au cours des métrites ou des vaginites avec écoulement très abondant, le prurit s'accompagne, dans l'immense majorité des cas, d'une réaction locale tout-à-fait caractéristique, et qui, dès le premier coup d'œil, permet bien souvent le diagnostic.

On voit, en effet, au niveau de la face interne des deux cuisses, non pas tout à fait à la partie supérieure, mais à 2 ou 3 travers de doigt du pli de l'aine, une rougeur extrêmement vive, presque spéciale, rappelant l'aspect d'une plaque de lymphangite, et formant un placard d'étendue variable, mais environ de la largeur d'une paume de main. Son siège exact est facile à déterminer : c'est le point où la face interne de la cuisse présente une saillie surtout visible chez les femmes un peu grasses, et qui, dans la position assise, ou pendant la marche, se trouve en contact avec la partie corres-

pondante de l'autre cuisse, et avec la vulve en haut.

Cette zône représente, en général, une sorte de triangle à sommet inférieur se perdant insensiblement sur la face interne de la cuisse, à base supérieure s'avançant vers la fossette génito-crurale, tout en restant au-dessous et en arrière d'elle.

Lorsque la période d'inflammation vive du début est un peu atténuée, il reste à ce niveau des lésions caractéristiques qui ont été étudiées minutieusement par MM. les docteurs Brocq et Léon Bernard ; résumons les rapidement.

La pigmentation de toute la région est la lésion qui frappe tout d'abord ; elle peut aller de la teinte jaune, à peine marquée, au brun très foncé ; un examen plus attentif fait apercevoir une multitude de petits sillons superficiels se dirigeant de haut en bas et d'avant en arrière, sillons irréguliers, séparés les uns des autres par des intervalles de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Ces sillons occupent la racine de la cuisse, près de la fossette génito-crurale.

Au dessous, aux points où la pigmentation est surtout marquée, on aperçoit, à une lumière oblique, une multitude de petites facettes brillantes que séparent des dépressions rappelant tout à fait les lésions que l'on voit au début des lichénifications.

Des lésions analogues — pigmentations, erythème peu intense, puis erythème vif — forment autour de l'anus une auréole s'étendant dans toute la portion où les deux fesses sont en contact, auréole

que le docteur Brocq a appelée la cocarde périanale.

Du côté de la vulve, on trouve une rougeur diffuse, dont l'intensité variera avec le degré de la vulvite coexistante. Si l'on écarte les grandes lèvres, on trouve cette même rougeur diffuse sur les petites lèvres et sur le bulbe du vagin, enfin l'urètre est presque toujours le siège d'une urétrite intense qui se constate par la rougeur existant au niveau du méat, par la douleur que détermine la pression du canal à travers la paroi vaginale antérieure, enfin par l'apparition d'une goutte de pus au méat, au moment de cette pression ; on comprend que cette inflammation détermine, sur toute la vulve, une cuisson, une brûlure qu'exaspère le passage de l'urine ; mais en outre, la vulve et les lésions de la cuisse peuvent être le siège de démangeaisons réelles. Celles-ci se présentent surtout comme une lésion secondaire, comme un épiphénomène au cours de la métrite.

Remarquons pourtant, et c'est à dessein que nous insistons sur ce point, remarquons que tout écoulement vaginal abondant ne s'accompagne pas de démangeaisons et le prurit vulvaire ne fait pas partie forcément du tableau de la métrite aiguë intense.

Pendant nos trois dernières années d'internat à Saint-Louis et à Saint-Antoine service de gynécologie, et pendant notre année d'externat à l'hôpital Broca, nous avons vu défiler un nombre considérable de ces blennorrhagies aiguës. Sans pouvoir don-

ner un pourcentage exact, nous croyons pouvoir dire que le prurit se rencontre à peine dans un vingtième des cas; bien entendu, nous parlons du prurit et non de ces sensations de cuisson aux frottements ou de brûlure à la miction.

Quelle va être l'évolution de ce prurit ? En général, il guérit rapidement, et c'est une des variétés sur lesquelles la thérapeutique a le plus d'influence. Dès que l'on a calmé la grosse inflammation de l'utérus et du vagin par des traitements gynécologiques appropriés : repos, injections médicamenteuses, surtout au permanganate de potasse et à la camomille en alternant, puis, plus tard, pansements vaginaux ; on voit l'irritation des téguments et de la vulve s'atténuer parallèlement et, peu à peu, les démangeaisons diminuent, puis cessent complètement.

Lorsque l'écoulement est vraiment intense, la présence d'un tampon stérile simple, placé sur le col, suffit parfois pour diminuer très rapidement le prurit, simplement parce qu'il empêche l'écoulement de venir irriter la vulve. Nous avons cherché quelle était la réaction de ces pertes, et nous avons pu voir que ces écoulements présentaient souvent une réaction un peu acide au tournesol. Peut-être est-ce dans cette réaction qu'il faut voir l'explication d'un fait que nous avons rencontré trois fois (observations VII-IX) et dont le docteur Siredey nous a rapporté oralement un quatrième cas.

Dans ces observations, les malades sont venues

nous trouver beaucoup moins pour leurs démangeaisons personnelles, d'ailleurs modérées, qu'envoyées par leur mari. Pour ces quatre malades, tout rapport sexuel donnait naissance, chez le mari, à un prurit intense. Ce prurit débute 12 à 18 heures après le coït ; il est situé au niveau du gland et de la rainure balano-préputiale ; il dure, en moyenne, deux à trois jours et cesse plus rapidement si le malade a soin de faire quelques lavages à l'eau bouillie.

Nous n'avons pu examiner le mari que dans un seul cas, et on trouvera rapportée (observation IX) la description des lésions. Comme nous le disons, il semble y avoir eu de petites vésiculettes alors en voie de guérison ; il ne s'agissait nullement d'une éruption d'herpès ; d'ailleurs, avant l'apparition du prurit chez la femme, le mari n'avait jamais présenté aucune lésion génitale. Bien entendu, nous n'avons pas songé à rapporter cette coïncidence à une contagion microbienne. Les pertes des malades en question ne présentaient rien de spécial : quelques cocci, pas de gonocoques.

Nous croyons qu'il faut voir là une preuve de la possibilité de prurit à la suite d'un contact avec une sécrétion irritante. On voit l'importance qu'il y a à supprimer au niveau de la vulve, l'écoulement constant de ces sécrétions.

Lorsqu'il s'agit donc de cas où les pertes sont abondantes, la thérapeutique est simple : soins de propreté, lavages fréquents avec une eau bouillie

additionnée de camomille, puis application d'un mélange de poudre de talc, bismuth, oxyde de zinc à parties égales, parfois pâte de zinc à l'ichtyol au 1/20e suffisent amplement d'habitude à venir à bout d'un symptôme qui n'est que la conséquence directe de la vulvo-vaginite.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et même en face de telles malades il faut se garder de prédire la guérison rapide et certaine.

Dans une de nos observations (observ. XI), la malade avait ressenti les premières atteintes de son prurit à l'occasion d'une contamination gonococcique. Soignée pour sa blennorragie, elle guérit, mais garda, pendant longtemps, un prurit vulvaire que nous ne pûmes améliorer qu'avec un régime alimentaire très sévère ; cette malade, très nerveuse, présentait, en outre, des causes d'intoxication : constipée habituelle et caféïque, elle avait, au moment où nous l'avons vue, un prurit qu'on aurait pu appeler prurit essentiel, prurit de cause interne, alors qu'au début c'était au contraire le prurit secondaire typique.

Dans d'autres cas, ce n'est pas au moment de la période aiguë de la métrite ou de la vaginite (quelle que soit d'ailleurs sa nature) que débute le prurit ; c'est beaucoup plus tard, alors que la métrite est devenue chronique et qu'il ne persiste, comme cela est si fréquent, qu'une métrite du col, donnant un écoulement très modéré. Et pourtant le prurit pourra être extrêmement intense et c'est lui seul et

non le vague écoulement qui l'accompagne qui amènera la malade chez son médecin. Que faire alors dans ces cas ? Naturellement, comme toujours, faire un examen minutieux de la région, s'attaquer à la lésion du col, la traiter avec persévérance et peut-être arrivera-t-on à diminuer le prurit vulvaire. Mais bien souvent ce traitement le modifiera peu et on essaiera alors les traitements symptomatiques que nous énumérerons dans un chapitre spécial.

On n'oubliera pas le traitement interne qui, peut-être, en modifiant le terrain, agira mieux que les soins locaux. C'est dans ces cas que la lésion vulvaire n'est que le prétexte de la localisation d'un prurit de cause interne.

Nous n'étudierons pas, dans un chapitre spécial, la vulvite des petites filles ; car elle présente, en somme, la plupart des symptômes que nous venons d'étudier.

Signalons que l'un des premiers signes qui attirera l'attention sera bien souvent le geste, absolument inconscient de la part de l'enfant, qui consiste à se gratter à travers la robe, tout en jouant ou tout en travaillant. Puis la vulvite augmentant, les signes fonctionnels deviennent plus nets et l'enfant se plaint alors des sensations désagréables qu'elle éprouve. Mais ici, le prurit s'accompagne toujours de brûlure, de cuisson et les réactions au niveau de la vulve sont vives, qu'on soit en présence d'une vulvite banale ou d'une vulvite blennorrhagique.

Le traitement sera le même que chez la femme. On pratiquera des ablutions lorsque les injections avec canule molle seront impossibles. On sera parfois obligé de calmer l'irritation par des compresses humides tièdes, soit en gaze, soit en coton hydrophyle formant des sortes de lanières placées entre les plis génitaux et les grandes lèvres et entre celles-ci et les petites lèvres. Ce même pansement pourra être utilisé chez la femme en cas de vaginite intense.

Parmi les causes de prurit vulvaire, nous avons trouvé le cancer utérin et le kyste de l'ovaire signalés par divers auteurs. Il ne nous a pas été possible d'en découvrir d'observations complètes et nous-même n'avons pu en recueillir. Il ne nous semble pas que ces affections puissent, à elles seules, donner du prurit et il est probable qu'il existait une métrite concomitante ou des pertes abondantes, comme cela est de règle dans le cancer, soit au début lorsqu'il existe de l'hydrorrhée, soit à la période terminale. Pourtant rien ne nous permet de nier, à priori, la coexistence du prurit avec ces affections.

Il en est de même des démangeaisons qu'on peut rencontrer au cours de l'évolution des fibromes utérins. Dans une de nos observations le prurit vulvaire avait coexisté au début avec un fibrome mais il a persisté après l'ablation de l'utérus.

Dans les traités classiques de gynécologie, nous n'avons pas trouvé le prurit vulvaire signalé parmi les symptômes fonctionnels de ces trois lésions de

l'appareil génital interne et nous ne saurions dire si l'on doit nier ou affirmer son existence. Il n'est pas impossible que ces lésions agissent au même titre que les calculs vésicaux et produisent un prurit réflexe.

Quant au prurit accompagnant la salpingite, il est tout aussi difficile d'être affirmatif. Nous avons vu bien souvent, chez nos malades atteintes de prurit vulvaire, des salpingites plus ou moins aiguës en évolution ; mais toujours il y avait coexistence de métrite.

Pour savoir si la salpingite peut, à elle seule, localiser du prurit au niveau de la vulve, il faudrait observer des cas de prurit accompagnant des salpingites primitives, telles que la salpingite tuberculeuse, par exemple. Nous avons vu quelques malades atteintes de cette affection, mais aucune d'elles ne s'est plaint de démangeaisons vulvaires. Pourtant notre expérience sur ce point est trop restreinte pour nous permettre de conclure.

III. — Grossesse

Chez la femme enceinte, le prurit est fréquent, mais là encore, la pathogénie est mal connue et très discutée.

On sait qu'au cours de la grossesse les pertes vaginales sont fréquentes et peuvent être très intenses. On a donc songé, tout d'abord, à rapporter à ces pertes le prurit qui se montre chez les gravidiques ; mais les pertes constituent un symptôme trop banal pour résumer à elles seules toute l'étiologie du prurit gravidique. On a donc cherché ailleurs.

Pour le professeur Pozzi, le prurit se verrait surtout au moment où la congestion des parties génitales est très accentuée et il serait sous la dépendance de troubles circulatoires.

Ce serait donc alors un prurit de cause toute locale et qui serait en rapport direct avec l'abondance des pertes ou avec l'intensité des troubles dans la circulation locale et la congestion de la vulve. Mais cette étiologie est loin de répondre à la totalité des faits. On a vu le prurit exister sans écoulement ou presque, et se montrer à des époques très différentes et variables de la grossesse.

On a donc cherché une autre cause ; le docteur Rudaux a recherché avec soin le diabète et l'a constaté, en tant que glycosurie passagère chez toutes les femmes enceintes se plaignant de démangeaisons vulvaires. Nous avons pu suivre de près trois cas : chez aucune de nos malades il ne nous a été possible de trouver à un moment quelconque des traces de sucre même minimes et cela malgré des examens d'urine répétés tous les deux jours pour l'une d'elles, deux fois par semaine pour les autres ; examen portant naturellement sur la totalité des urines.

Bien entendu, nous ne nions pas la coexistence du prurit et du diabète chez la femme enceinte ; nous sommes même convaincu que cette coexistence doit être extrêmement fréquente et nous ne voulons pas baser une théorie sur trois cas. Il n'en est pas moins vrai que ces cas suffisent pour dire que le prurit de la gestation ne peut être attribué toujours au diabète.

Il nous semble que l'explication de ce prurit pourrait être trouvée dans une notion beaucoup plus générale.

Ne savons-nous pas que parmi les conditions étiologiques si multiples du prurit en général, il en est deux que nous retrouvons fréquemment et qui ont certainement une grosse importance : c'est l'association d'un état d'intoxication et d'un état de nervosisme plus ou moins accentué. Or, ces deux conditions ne se retrouvent-elles pas chez un grand

nombre de gravidiques ? Les travaux sur l'intoxication au cours de la grossesse sont nombreux et tout à fait classiques. On sait que la grossesse, qui devrait être un état physiologique, est, pour beaucoup, une maladie de 9 mois, comme l'a dit Tarnier.

Nous trouvons dans le Traité d'Obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage cette théorie de Pinard : « Il existe en dehors de toute maladie anté-« rieure une sorte d'hépato-toxémie gravidique spé-« ciale aux femmes enceintes. » Ainsi donc, la femme enceinte est ou peut être intoxiquée.

D'autre part, il est non moins admis que la grossesse retentit, et parfois même lourdement, sur le système nerveux. Pourquoi ne pas admettre que ces deux conditions suffisent, à elles seules, pour expliquer l'explosion du prurit ? D'ailleurs est-ce la seule manifestation cutanée développée au cours de la grossesse et rapportée à l'intoxication gravidique ? Non. Le prurigo gestationis, décrit par Besnier, Gastou et repris par Mlle Gouliaieff, dans sa thèse, est pour Besnier une toxidermie, une dermatose de cause interne ; pourquoi n'en serait-il pas de même du prurit ?

Reste à expliquer la localisation vulvaire de ce prurit. Il nous semble que les modifications énormes que subit l'appareil génital sont une cause d'appel suffisante. Nous aurions donc là encore, l'expression d'une affection de cause générale, localisée à la vulve par suite de conditions locales : la vulve

par ses troubles circulatoires, ses varices parfois énormes, par les écoulements qui la souillent, est certainement, pendant la grossesse, en état de moindre résistance. Toutes ces causes générales et locales s'associent ; suivant les cas l'une ou plusieurs d'entre elles pourront prédominer et feront alors rapporter le prurit plutôt à telle cause qu'à telle autre. On comprend ainsi que le prurit pourra exister avec des pertes peu importantes si les autres conditions générales sont très marquées et vice versa. On comprend aussi que le prurit manque, alors que l'une de ses conditions d'apparition est très notable, si les autres sont minimes : terrain ou causes locales.

Nous ne saurions dire si la présence d'albumine est une cause prédisposante ou non. De nos trois malades une seule avait une albuminurie légère et nous n'avons pas trouvé d'indication à ce sujet dans les auteurs.

Comment va évoluer ce prurit ?

Il débute à un moment quelconque de la grossesse. Pour le Pr Pozzi il serait plus fréquent à la fin et au début de la grossesse. Dans nos observations, il était survenu au 4e mois (observ. VII), au 7e mois (observ. VIII). Il n'y a donc pas d'époque fixe.

En général, il persiste pendant toute la grossesse avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence et cesse au moment de la délivrance ou dans les quelques jours qui suivent.

Il semble qu'il y a chez certaines femmes une pré-

disposition toute particulière au prurit, car on le voit presque toujours récidiver aux grossesses successives, ce qui tient, comme nous le disions, à la grosse part étiologique du terrain. Les récidives n'affectent pas toujours la même modalité que la première atteinte ; le prurit peut apparaître plus tôt ou plus tard, au cours de la grossesse. Il n'apparaît parfois qu'à la 2e ou 3e grossesse ou, ce qui est plus rare, il peut encore accompagner les premières grossesses pour faire ensuite défaut. Ceci s'explique assez facilement. Par suite de causes inconnues ou connues (changement de régime ou des conditions de la vie) l'état général peut se modifier, les prédispositions morbides varient, d'où des réactions différentes au cours des différentes grossesses.

Enfin ces malades feront du prurit vulvaire plus facilement que d'autres, à l'occasion d'autres causes prurigènes en général. On pourrait voir là un fait venant à l'appui de la théorie de la mnémodermie cutanée du Dr Jacquet.

Nous ne dirons que fort peu de choses de la symptomatologie. L'intensité des crises est tout à fait variable, pourtant il est exceptionnel que les démangeaisons soient assez vives pour troubler le sommeil ; ce ne sont pas les grandes crises du prurit essentiel.

De même on ne verra pas les lésions locales qui accompagnent les grands prurits chroniques ; la lichénification est rare, seules quelques lésions de grattage, parfois des végétations accompagnent les

démangeaisons. Les soins de propreté habituels diminueront encore les lésions en agissant aussi sur le prurit.

Le traitement ne peut être que symptomatique. Les lavages, les applications de pommades antiprurigineuses sont, en général, suivis d'une amélioration rapide mais peu durable.

Le Dr Rudaux recommande particulièrement les lotions chaudes 4 fois par jour avec :

Hydrate de chloral	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

puis application de :

Ichtyol	10 gr.
Axonge	50 gr.

enfin poudrer avec :

Talc	100 gr.
Bismuth	20 gr.
Oxyde de zinc	15 gr.

Naturellement on recherchera avec soin et avec persévérance la présence de sucre dans les urines et s'il y a glycosurie on instituera le traitement antidiabétique.

IV — Ménopause

Au moment de la ménopause le prurit vulvaire est d'une fréquence relativement très grande et il fait partie de ces troubles que l'on a appelé les « accidents de la ménopause ».

Il débutera soit au cours de premières irrégularités menstruelles, soit un temps variable, en général quelques mois, après l'établissement définitif de la ménopause.

Ici encore, pour le développement de cette variété de prurit, les prédispositions morbides de la malade ont une influence indéniable. On le verra souvent survenir chez des malades qui, antérieurement, ont déjà présenté des crises de prurit, soit prurit généralisé (obs. XVII), soit prurit vulvaire ayant accompagné une grossesse, une irritation médicamenteuse ou toute autre cause.

En général, cette variété apparaîtra chez deux types de malades très différents, tous deux prédisposant au prurit en général.

A plusieurs reprises déjà, nous avons dit qu'il se développait volontiers chez les arthritiques ; c'est surtout au moment de la ménopause qu'on verra

chez elles, les troubles utérins favoriser le développement du prurit et sa localisation à la vulve.

La malade chez laquelle les démangeaisons reconnaissent cette étiologie, se présentera presque toujours dans les mêmes conditions.

Le prurit débute vers l'âge de 40 à 45 ans, rarement davantage, alors que les dernières règles ont commencé à manifester quelques irrégularités soit par l'absence d'une époque menstruelle soit beaucoup plus souvent par des règles trop fréquentes et plus abondantes que d'habitude.

Ces malades ont, presque toujours, une corpulence au-dessus de la moyenne allant jusqu'à l'obésité; on relève dans leurs antécédents quelques-unes des manifestations nettes de l'arthritisme : eczéma dans l'enfance, fragilité des voies respiratoires, angines, coryza, trachéo-bronchites faciles, embonpoint ayant débuté de bonne heure, troubles dyspeptiques avec coliques hépatiques, constipation, hémorrhoïdes, enfin, accès de goutte, etc... En somme, troubles généraux de tous les organes de la nutrition, symptômes d'intoxication surtout alimentaire. L'examen des urines révèle souvent la présence d'une quantité de sucre variable, s'accompagnant d'une abondance exagérée de sels phosphatiques et uratiques. Les pertes vaginales présentent souvent une réaction acide nette, au tournesol.

Mais à côté de ces malades chez lesquelles les manifestations arthritiques se sont localisées sur un organe quelconque, on en trouve d'autres n'ayant

présenté aucun symptôme net : pas de goutte, pas de coliques hépatiques, peu de troubles digestifs ; les urines ne contiennent pas de sucre ; c'est l'organisme tout entier qui est atteint et pourtant, au premier abord, la malade ne signale aucun symptôme morbide qui attire l'attention de ce côté (observ. IX). Mais si on l'interroge avec soin, on découvre, peu à peu, qu'aucun organe ne fonctionne normalement et que, de tous côtés, il y a des troubles qui, pour être peu accentués, n'en ont pas moins retenti fortement sur l'état général et mis la malade dans un état d'infériorité manifeste. C'est sur un terrain ainsi préparé que les troubles menstruels traduisant la défaillance de l'ovaire, vont favoriser l'apparition d'un prurit et sa localisation à la vulve. Localement on peut trouver toutes les variétés de réaction : soit l'absence de toute lésion et l'on est en présence alors d'un prurit sine materia, variété qu'il nous reste à voir, soit plus souvent une pigmentation et une lichénification qui se sont installées assez rapidement après le début du grattage, soit enfin quelques vésicules d'eczéma ou même de véritables placards d'eczéma séborrhéique.

Ces lésions peuvent siéger uniquement sur la vulve ou plus spécialement sur la face externe des grandes lèvres, ou s'étendre sur la face supéro-interne des cuisses, sur le Mont de Vénus ou même, beaucoup plus souvent, l'anus. Du côté des organes génitaux internes on ne trouve aucune lésion sauf un utérus un peu volumineux et congestionné.

Les crises de prurit ne revêtent pas de caractères spéciaux.

A côté de ce type de malades nous en trouvons un autre tout différent. Chez les malades de cette deuxième catégorie, ce qui prédomine dans l'étiologie, c'est l'importance que prend le système nerveux ; au premier coup d'œil les malades se révèlent comme des nerveuses. Toujours agitées, inquiétées par leurs moindres malaises, les premières démangeaisons prennent chez elles une importance capitale et bien vite le prurit atteint son maximum d'intensité.

Chez ces malades on trouvera, en général, peu de lésions locales, l'eczéma sera absolument exceptionnel ; seules la lichénification et la pigmentation seront fréquentes. Cette pigmentation est même, en général, fortement accusée.

Des crises de prurit nous dirons peu de choses. Sauf leur grande intensité, elles ne présentent aucune particularité, ni comme moment d'apparition, ni comme fréquence ou durée ; notons pourtant que les moindres émotions seront des prétextes à leur éclosion.

Ces deux types de malades semblent fort différents. En réalité, ce qui diffère surtout, c'est le terrain sur lequel se développe le prurit ; mais chez toutes deux, c'est aux troubles survenus dans les fonctions génitales que revient le rôle prédominant. On a beaucoup étudié, dans ces dernières années, l'importance des glandes à sécrétions internes et on

sait que ces différents organes ont des actions extrêmement variées, multiples et connexes. On sait que les ovaires influent non seulement sur les phénomènes de l'ovulation et de la menstruation, mais encore que le résultat de leur fonctionnement se manifeste sur l'organisme tout entier.

Les phénomènes de régression, de sclérose de l'ovaire qui aboutissent à la disparition de la ponte ovulaire et du flux menstruel, entraînent, en même temps, la suppression de sa sécrétion interne. Sans connaître, de façon précise, le rôle exact de cette sécrétion, on sait qu'elle a une action antitoxique hypotensive. Il peut donc survenir, à ce moment, des phénomènes d'intoxication qui se traduiront de façon variable suivant les malades. Pour le Dr Siredey (traité de gynécologie médico-chirurgicale), les « troubles vaso-moteurs qui se produisent « malgré leurs apparences congestives résultent, « non de la pléthore, mais d'une toxémie momen- « tanée ». Cette toxémie peut se manifester au niveau de la peau sous des formes diverses dont les plus fréquentes sont l'eczéma et le prurit. Si, au moment de la suppression physiologique de l'ovaire, les fonctions de cet organe sont en pleine activité, les troubles que ressentent les malades seront au maximum. Si, au contraire, il existait antérieurement des lésions ovariennes, ou si la suppression des fonctions se fait de façon lente et graduelle, l'organisme s'adapte aux conditions nouvelles et les troubles sont au minimum.

Enfin on sait que d'autres glandes interviennent pour favoriser ou entraver l'action des ovaires et on connaît les relations intimes qui existent physiologiquement entre cet organe et le corps thyroïde. Ce dernier peut présenter lui aussi un fonctionnement défectueux soit par insuffisance, soit par hyperfonctionnement ; assez fréquemment il présente une instabilité qui rend l'analyse des symptômes parfois difficile ; les malades différant totalement suivant le moment où on les examine.

Dans ces dernières années on a pu montrer qu'une autre glande : l'hypophyse présentait aussi par son fonctionnement des rapports étroits avec l'ovaire et le corps thyroïde.

En outre, c'est chez ces malades que l'on peut voir survenir toute une série de lésions vulvaires d'une importance capitale et que nous étudierons en détail : le kraurosis sous ses différentes formes, la leucoplasie et enfin le cancer.

Bien des points restent encore obscurs à ce propos et le rôle exact que jouent l'arrêt des fonctions menstruelles et le prurit dans l'apparition de ces lésions n'est nullement connu. Nous reviendrons sur tous ces points en étudiant ces lésions, mais signalons, dès à présent, la relation certaine qui existe entre leur développement et la ménopause.

Le traitement local du prurit sera surtout symptomatique et on trouvera dans le chapitre réservé à ce sujet, toutes les méthodes dont on peut disposer. Cependant, chez les arthritiques, on arrivera

souvent à un soulagement rapide par les pommades antiprurigineuses ; tandis que chez les nerveuses, l'électricité sous ses différentes formes et la radiothérapie trouveront plutôt leurs indications.

De plus on devra essayer, et souvent avec succès, une médication dont l'indication découle naturellement de ce que nous avons dit du fonctionnement des glandes à sécrétion interne : la médication opothérapique.

Il est impossible de tracer une règle générale dans l'administration des extraits ovariens, thyroïdiens et hypophysaires ; on devra se laissser guider par les symptômes de chaque malade.

Pourtant voici les doses moyennes que nous donnons habituellement.

L'extrait d'ovaire, qui ne présente pas de toxicité s'administre à la dose de 0 gr. 10 par jour, mais on peut prescrire des doses beaucoup plus fortes, 0 gr. 20, 0 gr. 30 et même 0 gr. 40.

La médication thyroïdienne demande plus de surveillance. On sait que l'extrait thyroïde est un médicament très actif et on connaît l'intolérance que présentent certaines malades. D'autre part, MM. les D[rs] Léopold Levi et H. de Rotschild ont insisté, dans leurs publications faites sur ce sujet, sur l'influence manifeste qu'exercent les petites doses et sur l'inutilité et même l'inconvénient des fortes doses. Ce qui guidera, ce sera la recherche des symptômes de dérèglement du corps thyroïde que présenteront les malades et sur lesquels nous ne pou-

vons insister : troubles nerveux, vaso-moteurs, céphalée, migraine, douleurs musculaires et articulaires, troubles digestifs : anorexie, constipation à type spécial, etc...

D'autre part, pendant le cours du traitement, on surveillera le pouls, qui ne doit pas dépasser 100 pulsations au repos ; l'apparition de diarrhée, d'insomnie, etc..., devra faire diminuer les doses ou suspendre le traitement.

Enfin, nous avons déjà parlé de l'instabilité thyroïdienne qui fait que les doses convenant à une certaine période ne conviennent plus à une autre.

On essayera l'association de la médication hypophysaire que l'on donnera en cachets contenant de 0 gr. 02 à 0 gr. 10 d'extrait hypophysaire.

Ces traitements pourront être continués assez longtemps pourvu qu'on intercale, de temps à autre, des phases de repos.

V — Leucoplasie

Le prurit vulvaire accompagne fréquemment une lésion de la vulve connue depuis fort peu de temps : la leucoplasie vulvaire.

Signalée pour la première fois par Robert F. Weir, chirurgien de Roosevelt Hôpital, à New-York, en 1875, elle a, depuis cette époque, été étudiée par de nombreux auteurs et fait l'objet de travaux très documentés. Citons surtout ceux de Reclus et son élève Bex, en 1877, puis, en 1888 ; plusieurs observations de Perrin, dont une avec examen histologique de Letulle ; les mémoires parus à plusieurs reprises de Jayle et Bender, résumant la question, et séparant nettement cette affection du kraurosis vulvœ ; enfin les thèses de Bex, élève de Reclus ; Verani, élève de Gaucher ; Mlle Vulfson et Mlle Bitchounsky, cette dernière thèse inspirée par M. Jayle.

C'est parfois, mais bien rarement, au cours d'un examen médical que la lésion se révèle ; beaucoup plus souvent, c'est le prurit vulvaire qui amène la malade à se faire examiner.

Le prurit peut manquer totalement, mais lors-

qu'il existe, il est rarement de peu d'importance, au contraire, c'est dans cette affection que nous trouvons le prurit maxima, revêtant la forme la plus intense et mettant la malade au supplice. C'est là que se réalise complètement la grande crise de prurit, telle que nous l'avons décrite au chapitre de la symptomatologie ; la privation de sommeil, les démangeaisons qui, continuellement, tourmentent les malades, retentissent bien vite sur leur état général.

Comment se présente cette affection ? Un examen local permet bien vite de trouver ces plaques d'un blanc opalin, presque transparentes au début ; simples taches rosées à la phase toute initiale, d'après Barthélemy, puis prenant ensuite cet aspect argenté, nacré, caractéristique de la période d'état ; les contours sont nets, autour de la lésion, la muqueuse à son aspect normal ; on a décrit dans quelques cas une zone intermédiaire, un véritable liseré rosé un peu en relief (Morestin) qui cercle complètement la lésion. Mais ce qui caractérise surtout ces plaques, c'est leur adhérence intime aux plans sous-jacents ; quelque moyen que l'on emploie, on ne peut les détacher, seule une biopsie permet de les enlever.

Leur nombre, leur étendue est extrêmement variable ; parfois il n'existe qu'une seule tache à peine grosse comme une lentille ; ailleurs elles sont multiples et plus étendues, ou forment une vaste nappe recouvrant la plus grande partie de la vulve.

A la palpation, on sent une surface inégale, comme chagrinée, reposant sur une base de consistance ferme.

La plaque n'est pas toujours lisse ; elle peut présenter des fissures, ouvrant une porte d'entrée aux infections microbiennes, surtout lorsque les soins de propreté font défaut.

Dans quelles circonstances allons-nous surtout trouver cette affection ? Presque toujours ce sont des femmes de 40 à 50 ans, ménopausées, qui viennent consulter pour un prurit intense de date récente et chez lesquelles, aux souffrances que cause le prurit, s'ajoutent les malaises que provoque, si souvent, le mauvais fonctionnement des ovaires : bouffées de chaleur, vertiges, modification du caractère, irritabilité, etc. C'est, en effet, chez ces femmes que l'on a surtout trouvé la leucoplasie vulvaire et on a pu dire que c'était là une maladie des femmes âgées et ménopausées. Sur 63 observations réunies par Mlle Bitchounsky, dans sa thèse, 42 concernent des malades âgées de plus de 50 ans ; ajoutons qu'on a noté une fréquence plus grande chez les multipares.

A part cela, l'étiologie de cette leucoplasie est bien vague. On a invoqué la syphilis, et Verani, dans sa thèse, soutient cette théorie. On sait que pour M. le professeur Gaucher, dont Verani est l'élève, la leucoplasie vulvaire ou buccale est d'origine syphilitique. Nous ne croyons pas que ce soit là une véritable cause déterminante. Ce qui est cer-

tain, c'est que la syphilis, outre la prédisposition générale qu'elle crée à la leucoplasie vulvaire comme à toute leucoplasie, peut être, en outre, une cause prédisposante importante par la fréquence des lésions syphilitiques au niveau de la vulve, lésions qui jouent alors le rôle que peut jouer toute cause irritante banale. Le docteur Jayle, qui a merveilleusement étudié cette question, croit que dans un grand nombre de cas, la syphilis est impossible à trouver dans les antécédents des malades. Chez nos deux malades, il n'y avait pas de syphilis connue et la réaction de Wassermann était négative. A présent que nous possédons ce mode de diagnostic, il sera certes beaucoup plus aisé de trancher la question.

Notre maître, M. le docteur Brocq, a attiré notre attention sur un point qui n'a pas été mis jusqu'ici en lumière, qui demanderait des recherches patientes et précises, et qui, s'il était vérifié, permettrait de considérer sous un jour tout nouveau le rôle des démangeaisons dans la leucoplasie : c'est le fait de savoir dans quelles proportions le prurit peut favoriser le développement de cette lésion.

Nous savons que, si la leucoplasie buccale se développe souvent, il est vrai, sur un terrain syphilitique, c'est surtout chez les individus dont la langue est soumise à une irritation quelconque qu'on la voit survenir. On sait l'influence qu'exercent sur son apparition l'abus du tabac, les aspérités dentaires, l'usage habituel de la canne à souffler le

verre chez les verriers, etc. Pourquoi des irritations prolongées n'agiraient-elles pas de même au niveau de la muqueuse vulvaire ?

Perrin fait remarquer que « c'est toujours au « cours d'une inflammation chronique provoquée « et entretenue par des irritations prolongées et « réitérées que les plaques blanches se produi- « sent. »

La muqueuse buccale, siège habituel de la leucoplasie, et la muqueuse vulvaire, se trouvent dans des conditions toutes différentes au point de vue des traumatismes auxquels elles peuvent être soumises. A la bouche, les prurits intenses et les lichénifications sont inconnues ; ils sont, au contraire, fréquents à la vulve au moment de la ménopause, et c'est à ce moment, précisément, qu'on constate d'habitude la leucoplasie. Le prurit chronique ne constituerait-il pas une irritation prolongée suffisante pour favoriser le développement de la leucoplasie ? Cette lésion ne pourrait-elle, alors, dans une certaine mesure, être une conséquence et non une cause de prurit ?

Bien entendu, nous ne voulons pas dire que le traumatisme provoqué par le grattage pourrait faire survenir de la leucoplasie chez tout individu, mais sur un terrain prédisposé soit par l'existence d'une syphilis antérieure, soit par suite de causes morbides encore mal connues, il ne nous semble pas impossible que cette irritation puisse agir comme toute autre. Nous avons dit que chez les ma-

lades atteintes de leucoplasie vulvaire, le prurit, lorsqu'il existe, était effroyable et que c'est chez elles qu'il revêt surtout sa plus grande intensité. Ne pourrait-on pas renverser la proposition et dire : c'est chez les malades atteintes de prurit effroyable que l'on constate la présence de leucoplasie. Nous avons dit aussi, que cette lésion pouvait évoluer sans aucun prurit ; ne serait-ce pas alors dans les cas où cette lésion a eu comme cause d'apparition une autre irritation que celle que provoque le grattage ?

Tout ceci, naturellement, demanderait à être repris complètement et appelle des recherches plus approfondies que celles que nous avons pu faire. Nous avons voulu, malgré cela, signaler cette manière de voir justement pour attirer l'attention sur ces faits.

Cette question de la leucoplasie vulvaire présente encore d'autres particularités mal connues.

Dans nos deux cas, la leucoplasie était accompagnée de kraurosis, sans qu'il fût possible de savoir quelle affection était la première en date. Cette coïncidence est d'ailleurs assez fréquente (presque 1/3 des cas) et pourtant les rapports entre ces deux affections n'ont pu être encore élucidés. Dans la majorité des cas, comme dans les nôtres, il est même difficile de savoir dans quel ordre chronologique elles apparaissent. Pour certains auteurs, pour Abadie, par exemple, ces deux affections constituent deux syndrômes différents à pathogénie commune, toutes deux dérivant d'une inflammation chronique

de la région se traduisant au niveau du derme par le kraurosis, au niveau de l'épiderme par la leucoplasie. Cette théorie expliquerait à la fois la coïncidence fréquente, et la possibilté de l'existence séparée des deux affections, suivant que le processus a prédominé, ou s'est manifesté seulement sur le derme ou sur l'épiderme.

Pour d'autres, le kraurosis est une affection nettement distincte de la leucoplasie, mais jouant le rôle de cause prédisposante.

Pour d'autres, enfin, Noto, Perrin, le kraurosis est un stade d'évolution de la leucoplasie. Marcou admet que la leucoplasie qui guérit seule, ce qui est rare, aboutit à la sclérose ; et nous savons, d'autre part, comme l'a formulé Jayle, au congrès de gynécologie de Saint-Pétersbourg, que le kraurosis est l'aboutissant à longue échéance de la sclérose vulvaire.

L'opinion de Perrin nous semble difficile à admettre comme répondant à la totalité des faits. La guérison de la leucoplasie est exceptionnelle, mais en admettant qu'elle puisse guérir, la sclérose qu'elle peut laisser à sa place n'est-elle pas un processus d'atrophie différent de ce que l'on a appelé kraurosis ? D'autre part, 1° le kraurosis peut exister, de façon certaine, sur une vulve qui n'a jamais eu de leucoplasie ; 2° nous avons pu voir, et le Dr Jayle signale lui aussi, des observations dans lesquelles on assistait au développement d'une leucoplasie sur des vulves manifestement atteintes de

kraurosis antérieur. Il est certain que dans les premiers cas observés on a confondu ces deux affections, dont la coexistence est si fréquente, et c'est le Dr Jayle qui, en 1905, les a nettement isolées anatomiquement et cliniquement. Rappelons les définitions qu'il en a données. « La leucoplasie (in « *Revue de Gynécologie*, n° 6, 1905) est une affec- « tion cliniquement caractérisée par la production « de plaques nacrées psoriasiformes sur le revête- « ment cutanéo-muqueux de la vulve.

« Le kraurosis vulvae (in *Revue de Gynécologie*, « 1906, p. 448) est un syndrôme clinique caracté- « risé par l'atrophie progressive scléreuse des tégu- « ments cutanéo-muqueux de la vulve, conséquem- « ment par l'affaissement des grandes lèvres, l'a- « trophie et la disparition des petites lèvres et du « capuchon, la rétraction de la région vestibulaire « et hyménéale et, par suite la sténose de l'orifice « vaginal ».

Le Dr Thibierge, qui a repris la question, dans un article très documenté qu'il a fait à ce sujet dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, en 1908, insiste, en outre, sur l'aspect lisse, brillant, vernissé du tégument vulvaire dont il compare la teinte jaune spéciale à celle que présente la surface d'un foie gras. Mais, de plus, cet auteur a montré qu'entre le kraurosis ainsi constitué et l'état normal de la muqueuse on pourrait saisir toutes les transitions. Il distingue un stade « *prékraurosique ou prestrictural* » qui ne serait, en somme, qu'un

kraurosis en voie de formation et dans lequel l'atrophie et l'état lisse de la muqueuse existeraient seuls sans coarctation appréciable de l'orifice. Sur 94 malades prises au hasard il aurait trouvé 12 fois cette lésion. Pour lui, le kraurosis ne serait qu'une manifestation de l'involution des organes génitaux de la femme, liée à la suppression des fonctions menstruelles.

Dans sa communication au congrès de St-Pétersbourg, le Dr Jayle conclut nettement, d'une part, qu'entre la sclérose qui n'est qu'une évolution normale de la vulve sous l'influence de l'âge, et le kraurosis, il n'y a « *qu'une différence de degré de développement* » ; d'autre part, que *le kraurosis se développe chez des femmes dont les ovaires n'existent plus anatomiquement (castration) ou physiologiquement.*

Pourtant il ajoute, qu'outre ce facteur, il en est un autre d'une grande importance : c'est la tendance qu'ont certaines femmes à faire de la sclérose par suite de l'état de leur système musculaire ou de leur système nerveux. En effet, parmi les femmes ovariotomisées ou à la ménopause, un assez grand nombre échappe à ces lésions. Enfin cette transformation se ferait d'une façon dont la rapidité est en rapport direct avec la brusquerie de la suppression du fonctionnement des ovaires.

Ainsi défini, le kraurosis est bien différent de ce que Breisky avait décrit sous le nom de kraurosis blanc et pour pouvoir comprendre toute l'impor-

tance des travaux faits à ce sujet nous sommes obligé de reprendre un peu la question.

Breisky, sous le nom de kraurosis blanc, avait décrit une lésion formée par la superposition de 2 processus morbides : 1° un processus atrophique que le Dr Jayle a isolé et auquel il a conservé le nom de kraurosis ; 2° une léson formée de taches blanches adhérentes qui n'est autre que de la leucoplasie.

D'autre part, Lawson Tait avait décrit déjà, en 1875, une atrophie particulière de la vulve, une rétraction de l'entrée du vagin avec une coloration rouge spéciale due à une altération vasculaire ; description qui correspond à ce que l'on a appelé le kraurosis rouge, le kraurosis vasculaire.

Le Dr Jayle a repris entièrement la question et se basant sur les résultats que lui a fourni l'examen d'un nombre considérable de malades, il arrive à cette conclusion que « le kraurosis n'est pas une en- « tité morbide » que c'est « un syndrôme clinique « relevant de causes différentes et méritant de con- « server une place spéciale dans la pathologie vul- « vaire. » Il distingue diverses variétés cliniques de kraurosis qu'il résume dans le tableau suivant :

1° kraurosis leucoplasique ou k. blanc : } simple / syphilitique

2° kraurosis inflammatoire ou k. rouge : } folliculaire / vasculaire

3° kraurosis sénile.

4° kraurosis post-opératoire.

Dans ces deux dernières variétés, on ne note que les lésions atrophiques répondant à la définition du kraurosis et se développant soit après la ménopause, soit après l'ablation des ovaires : c'est ce que l'on a pu appeler le kaurosis simple ou pur.

Dans les deux premières, au processus atrophique s'ajoute une autre lésion ; dans le premier cas c'est la leucoplasie qui peut être en relation avec une syphilis certaine ou se développer sans cause connue ; dans le deuxième cas deux processus peuvent intervenir pour donner à la vulve la coloration rouge qui frappe au premier abord, soit le développement anormal des vaisseaux qui forment de petites sinuosités, des « traînées serpigineuses », des « taches rouge brique ou rouge pourpre » comme l'a décrit Lawson Tait. Enfin la coloration rouge peut être due à l'adjonction d'un autre processus pathologique : l'inflammation des follicules glandulaires situés en cinq points principaux, un médian entre le clitoris et le méat, quatre latéraux, deux de chaque côté du méat au niveau d'une petite dépression que signale le Dr Jayle et qui n'est pas décrite par les anatomistes, les deux autres au niveau de l'orifice du canal des glandes de Bartholin, cette dernière variété porte le nom de kraurosis rouge inflammatoire folliculaire.

Le Dr Marion, dans un article du *Bulletin médical* de 1911, à ces variétés qu'il admet, ajoute le kraurosis compliqué de cancer. En réalité, le cancer est extrêmement rare dans le kraurosis pur et

c'est sur le kraurosis leucoplasique ou mieux, sur la leucoplasie, que le cancer vient se greffer.

En résumé, on admet actuellement un kraurosis simple ou pur sur lequel peuvent se greffer des lésions diverses : telangiectasies, inflammation des follicules glandulaires, leucoplasie et cancer. Tel est l'état actuel de la question.

Notre maître M. le Dr Brocq, à propos d'une malade atteinte d'un prurit intense, qu'il a eue dans son service de l'hôpital St-Louis, en mars 1912, s'est demandé si, sur ces vulves ainsi atteintes de kraurosis ne pouvaient pas survenir d'autres lésions.

Il a bien voulu nous confier un mémoire inédit, qu'il pense publier et qui est actuellement encore en préparation, et nous autoriser à en extraire les faits suivants. Qu'on nous permette de lui renouveler, à ce sujet, notre très vive reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignée et dont il nous donne, ici, une nouvelle preuve.

La malade dont il s'agit, âgée de 60 ans, présentait des lésions que le Dr Brocq décrit ainsi :

« La vulve a subi un processus accentué d'atro-
« phie. Les petites lèvres sont réduites à deux petits
« replis indurés à peine apparents, les grandes lè-
« vres sont à peine saillantes ; le clitoris est sail-
« lant, le capuchon est dur, volumineux, comme
« œdématié. L'orifice vaginal est étroit, inextensi-
« ble, il laisse à peine passer le bout du petit doigt ,

« la fourchette est lisse et rigide ; les poils du pubis « sont très rares, clairsemés, blancs.

« Mais ce qui frappe surtout, c'est la coloration « de toutes ces parties. Leur teinte d'un jaune un « peu bistré ressemblant assez à celle du foie gras « d'oie, comme l'a fait remarquer M. le Dr Thibier- « ge, à propos du kraurosis simple — mais, en ou- « tre, sur ce fond se voient çà et là de nombreuses « arborisations blanchâtres, présentant par place « des sortes de renflements nodulaires, ressemblant « à de petites papules tout à fait analogues aux ar- « borisations de la face interne des joues qui sont « caractéristiques du lichen plan buccal.

« Chose remarquable, ces lésions s'étendent en « arrière de la fourchette, occupent tout le périné, « le pourtour de l'anus, et remontent même un peu « dans le fond du sillon inter-fessier. Seulement « en ces régions la teinte jaunâtre des téguments « est moins nette et on y observe plutôt une teinte « un peu rosée, blanchâtre, avec aspect nettement « atrophique.

« A la partie interne et supérieure des cuisses « s'observent quelques éléments isolés, minuscules, « les uns, isolés, sont identiques de forme et d'as- « pect à des papules de lichen plan ayant de la ten- « dance à de l'atrophie ; les autres, par confluence « ont formé des plaques irrégulières de contour, « mais à bords nettement arrêtés ; elles sont d'une « teinte générale blanchâtre ; on y retrouve à un « examen minutieux quelques stries d'un blanc

« plus mat ; le derme est atrophié à leur niveau. « Bref, ces lésions ont tout à fait les caractères du « lichen plan atrophique ».

Après une discussion avec MM. les Drs Thibierge et Darier, à l'une des réunions si intéressantes qui ont lieu le samedi matin au musée de l'hôpital St-Louis, le diagnostic posé fut celui de la coexistence d'un lichen plan atrophique avec un kraurosis vulvae.

Comment interpréter ces lésions ? Le kraurosis ici, constitue-t-il une nouvelle variété d'atrophie, en rapport avec l'évolution du lichen plan ? Le Dr Brocq ne le croit pas et rejette cette conclusion, en se basant sur plusieurs faits, entre autres le caractère éphémère de ces lésions, comme le montre la lecture de l'observation entière. Y a-t-il alors coexistence avec le kraurosis d'un lichen plan venu se greffer sur cette atrophie, coexistence non encore décrite ? Cela leur semble infiniment plus probable.

Depuis cette discussion, de nouveaux faits sont venus affirmer cette manière de voir.

En janvier 1913, M. Brocq a eu l'occasion d'examiner dans son cabinet une malade de 59 ans ayant un kraurosis net à tendance à voir se développer des télangiectasies et présentant au niveau du clitoris des lésions de leucoplasie et au niveau de la face interne des grandes et des petites lèvres des lésions de lichen plan absolument typique et reconnaissable à ses arborisations à renflements nodu-

laires tel qu'il se caractérise à la face interne des joues. (obs. XV).

En juillet 1913, le Dr Balzer publiait, à la société française de dermatologie et syphiligraphie, une nouvelle observation venant encore appuyer cette opinion.

Il s'agit d'une malade âgée de 63 ans, présentant un certain degré de kraurosis vulvæ associé à des lésions de lichen plan atrophique de la vulve et de la face interne des cuisses (Obs. XVI).

Enfin nous avons pu, tout récemment, montrer à M. le Dr Brocq, une malade atteinte d'un kraurosis léger (stade prestrictural de Thibierge) sur lequel se développaient des lésions dont la nature n'a pu encore être fixée mais qui semblaient bien, surtout au niveau de la face interne de la grande lèvre droite, se rapprocher du lichen plan (obs. XVII).

Il existerait donc une nouvelle variété de kraurosis qui, par son aspect objectif viendrait se placer parmi les kraurosis blancs et qui serait du kraurosis avec lichen.

Le Dr Brocq se demande si l'atrophie qui existe dans ces cas est bien celle que l'on décrit sous le nom de kraurosis pur et d'une manière plus générale si les atrophies simples et celles qui s'accompagnent de lésions concomitantes quelles qu'elles soient constituent une même lésion ; il conclut que l'état actuel des recherches faites à ce sujet ne permet pas de trancher cette question.

En ce qui concerne la superposition d'un lichen

sur kraurosis cette coexistence est-elle aussi rare que le fait supposer le petit nombre de cas connus ? (2 observations inédites du Dr Brocq, une observation du Dr Balzer et une observation personnelle). Très probablement non. Comme le fait remarquer le Dr Brocq dans le mémoire qu'il a bien voulu nous confier, le diagnostic de leucoplasie de la vulve n'est peut-être pas toujours porté avec toute la rigueur désirable ; peut-être a-t-on, maintes fois, confondu la leucoplasie avec le lichen plan de la vulve. Il faudra, désormais, examiner avec une attention toute particulière tous les exsudats blanchâtres que l'on peut rencontrer à la vulve et nous croyons qu'on trouvera alors des observations analogues à celles que nous venons de citer.

Pourtant il ne faudrait pas tomber dans un excès contraire et voir du lichen plan où il n'y en a pas. Seules devront êtres appelées lichen plan, les lésions au niveau desquelles se voient les arborisations dendritiques caractéristiques, avec éléments nodulaires blanchâtres typiques. Ajoutons que l'existence de lichen plan, dans d'autres régions, viendra apporter un appoint sérieux au diagnostic.

Le Dr Brocq signale la possibilité de développement sur la vulve de pseudo-leucoplasies avec stries blanchâtres qui ne sont que des lésions traumatiques dues à l'irritation que peut provoquer un grattage incessant. Comme le lichen plan, ces lésions n'ont pas le caractère de fixité que présente la leucoplasie ; elles sont souvent éphémères, dis-

paraissent avec l'amélioration du prurit pour réapparaître en d'autres points de la muqueuse si les démangeaisons reprennent. Enfin on doit pouvoir les reconnaître et en faire le diagnostic de façon certaine par leur aspect objectif si différent de celui de la leucoplasie.

Bien des questions resteraient encore à résoudre et le rôle du prurit et du grattage dans toutes ces lésions est loin d'être élucidé.

Nous avons dit, plus haut, comment le prurit pouvait peut-être, dans une certaine mesure, favoriser le développement de la leucoplasie. La coïncidence du kraurosis pur et du prurit, d'autre part, est certaine. On sait pourtant que le kraurosis peut exister, de façon indiscutable sans aucun prurit. Le Dr Thibierge considère même les démangeaisons comme un épiphénomène dû à des causes surajoutées ; dans l'article dont nous parlions plus haut, il nous dit que lorsque le prurit existe avec le kraurosis pur « de simples soins locaux suffisent pour le « faire disparaître sans que la physionomie de la « vulve ait été le moindrement modifiée ». Pourtant on ne peut nier la fréquence relativement grande de son existence et il est des cas où kraurosis et prurit semblent intimement liés. Bien qu'à cette époque le terme de kraurosis soit employé pour désigner des syndrômes multiples, et qu'il soit difficile de prendre en considération les discussions qui pouvaient avoir lieu sur ce sujet, disons pourtant que dans une communication faite à la

Société Hongroise de Dermatologie par Rona, en 1897, on discutait sur l'existence d'un kraurosis consécutif au prurit. Aujourd'hui inversement, nous nous demandons si le processus atrophique qui se traduit macroscopiquement par le kraurosis n'a pas pu léser les terminaisons des nerfs cutanés et engendrer le prurit. Le petit nombre d'examens histologiques faits à ce sujet ne permettent pas de répondre à ces questions ; dans les cas publiés par Bender, en collaboration avec Jayle, on ne signale aucune lésion des terminaisons nerveuses. La question reste donc entièrement à résoudre.

Ce qui est certain, c'est que le prurit peut coexister avec le kraurosis simple, avec le kraurosis compliqué de l'une des affections que nous avons étudiées, mais il nous paraît avoir une intensité plus grande dans le kraurosis leucoplasique que dans tout autre. C'est aussi dans cette variété qu'on voit survenir surtout la transformation cancéreuse, complication grave dont il nous reste à parler.

Comme pour la leucoplasie buccale, la leucoplasie vulvaire doit toujours faire craindre la dégénérescence cancéreuse. Il est difficile de savoir dans quelles proportions se fait cette transformation. Jayle donne comme chiffre, 50 %, mais d'une part toutes les leucoplasies sont loin d'être connues et, d'autre part, il est possible que certains cancers de la vulve aient été précédés de leucoplasie dont on ne trouve plus de traces.

L'hypothèse de cette terminaison doit donc être

envisagée, quelle en soit l'aboutissant naturel, à échéance plus ou moins longue, comme Pichevin et Petit en ont émis l'opinion sans toutefois l'affirmer ; ou que la leucoplasie constitue simplement une cause prédisposante importante.

La transformation se fera de façon insidieuse et ces sillons, ces fissures que l'on rencontre sur les plaques anciennes en seraient souvent le premier stade. Elles doivent être toujours considérées comme suspectes surtout si elles reposent sur un tissu plus dur que les parties voisines. Ailleurs ce sera l'induration seule qui marquera la première étape de la transformation ; puis apparaît une véritable tumeur qui augmente de volume, s'ulcère et prend les caractères typiques de l'épithelioma végétant, en tout semblable au cancer se développant primitivement sans leucoplasie préalable : épithelioma pavimenteux lobulé ou tubulé avec ou sans globes épidermiques.

Reclus a montré que dans quelques cas, le cancer greffé sur leucoplasie avait une évolution lente ; pourtant dans les cas que nous avons trouvés relatés, presque toujours il s'agissait d'épithéliomas malins : leur marche est rapide et après opération un peu tardive, la récidive est fréquente et précoce.

Le traitement du prurit accompagnant la leucoplasie est des plus difficile.

Les pommades antiprurigineuses habituelles agissent mal ou du moins soulagent à peine quelques jours.

Les douches d'air chaud ont amené, dans les deux cas où nous les avons vu appliquer, un réel soulagement mais qui, là encore, n'a été que temporaire.

Il en est de même, bien souvent, des séances de haute fréquence qui, après avoir donné une amélioration passagère, n'agissent plus ; cette amélioration peut cependant persister assez longtemps pour qu'on ne juge pas inutile de les essayer.

Les rayons X ont donné des succès plus durables. Ils agissent non seulement sur le prurit, mais encore sur la leucoplasie. Dans un cas (observation de Marcou et Morestin) ils auraient été suivis d'une rétrocession marquée des lésions.

Enfin, récemment, le Dr Veyrières, de la Bourboule a essayé l'influence de la douche filiforme sur ce prurit et notre malade (observ. XIII) qui a été soumise à ce traitement a vu diminuer ses démangeaisons d'une façon très appréciable mais, là encore, temporaire.

C'est que tous ces traitements ne sont, en somme, que des traitements symptomatiques. Nous devons, comme toujours, nous adresser à l'affection causale et ici sa guérison prend une importance de premier ordre puisque nous savons que la leucoplasie se complique souvent de cancer.

Si la malade a une syphilis connue ou si son Wassermann est positif, on instituera immédiatement un traitement mercuriel sans pourtant en attendre des résultats merveilleux. Verani, dans sa thèse, rapporte 3 cas de leucoplasie syphilitique et

conclut que si le traitement agit rapidement sur les lésions en évolution il n'apporte aucune amélioration quand les lésions sont complètement développées ; dans un cas du Dr Jayle, cette médication n'a eu aucun résultat. Si la syphilis ne peut être soupçonnée ou si le traitement spécifique ne donne aucune amélioration, doit-on attendre pour intervenir, la transformation de la leucoplasie en épithélioma ? Les avis sont partagés. Pour Noto il suffit de prescrire des soins d'hygiène et de n'intervenir que quand les fissures ou un début d'induration fait penser à une transformation épithéliomateuse au début.

Pour Perrin (de Marseille), il faut, au contraire, intervenir de façon précoce et le faire largement. D'après lui, et Jayle se rallie à cet avis, toute plaque de leucoplasie doit être traitée chirurgicalement ; son ablation doit se faire dès que la leucoplasie est diagnostiquée. Il faut enlever tous les tissus atteints et faire porter l'incision un peu au-delà même de la lésion. Les délabrements parfois énormes qui en résultent, se réparent rapidement et la déformation est beaucoup moins considérable qu'on pourrait le croire. Le Dr Morestin a présenté à la Société de Dermatologie, en 1907, une malade chez laquelle il avait pratiqué l'ablation totale de la vulve et qui, un mois après, quittait l'hôpital et il ajoute : « la vulve simplifiée ne paraît pas, pour cela mutilée, les grandes lèvres sont, en partie, re-

constituées et l'ensemble n'offre rien d'anormal ou de choquant ». (Obs. XII).

L'opération constitue donc le traitement de choix, celui qui met à l'abri de toute complication désastreuse et qui, en outre, débarrasse complètement la malade du prurit. Mais elle n'est pas toujours possible. La malade peut présenter une affection organique qui vient faire hésiter, ou bien elle refuse absolument toute intervention. On prescrira alors les plus grands soins de propreté, éviter toute cause d'infection ou d'irritation et surveiller aussi souvent que ce sera nécessaire, pour dépister la transformation cancéreuse, dès son début, et pratiquer alors immédiatement l'ablation ; si on n'intervient que lorsque les ganglions de l'aîne sont déjà atteints, la récidive est toujours à craindre, même si l'intervention est faite très largement.

Il nous reste à parler du traitement du kraurosis.

Tant que le kraurosis reste pur, il ne comporte qu'un traitement médical fort simple : injections adoucissantes de tilleul, pavot, camomille et propreté méticuleuse des organes génitaux.

Pour traiter le kraurosis folliculaire, le Dr Jayle conseille la cautérisation de tous les points enflammés avec une solution concentrée de permanganate de potasse que l'on fera pénétrer dans les cryptes folliculaires.

Le traitement du kraurosis leucoplasique n'est

autre que celui de la leucoplasie que nous venons d'étudier en détail.

Enfin, en cas d'atrésie marquée, on pourra être autorisé, d'après le Dr Jayle, à pratiquer l'incision des tissus sclérosés de l'anneau vulvaire et à procéder, avec soin, à la reconstitution autoplastique de l'orifice vaginal.

VI. Diabète

L'association du prurit vulvaire au diabète est une notion banale. Le diabète serait même, pour certains auteurs, entre autres Leraud de Carlsbad, une cause de prurit vulvaire beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, et si on ne le trouve que relativement dans peu de cas (4 fois sur 46, dans la statistique de Gummert) : « C'est, dit-il, parce qu'on le cherche mal. Il faudrait non seulement faire des analyses fréquentes, et naturellement portant sur l'urine de 24 heures, mais encore faire cette analyse après certains repas d'épreuve, composés, par exemple, de soupe, de gruau, côtelette de porc ou foie de veau, riz ou nouilles, tarte, liqueur et 2 litres de bière de Bavière ; on trouverait alors le diabète dans un très grand nombre de cas de prurit vulvaire, sinon dans la presque totalité. »

Nous ne croyons pas, pour notre part, que cette théorie soit exacte, et nos recherches ne sont pas venues la confirmer. Il est certain, cependant, que le prurit vulvaire peut se trouver dans des cas de diabète minime, 0 gr. 10 de sucre par jour, par exem-

ple, et dans des cas de diabète intermittent : l'analyse portant justement au moment où le sucre fait défaut.

Il n'y a aucun rapport direct, en effet, entre la quantité de sucre, l'apparition du prurit et son intensité. Très nombreuses sont les diabétiques n'ayant jamais eu la moindre démangeaison vulvaire, et cela avec des quantités énormes de sucre ; d'autre part, les cas de prurit avec diabète léger, diabète souvent ignoré des malades et dont le prurit vient révéler l'existence ne sont pas exceptionnels.

En outre, le prurit est loin de suivre parallèlement la marche de la maladie glycosurique, de s'améliorer ou de subir des recrudescences à mesure que baisse ou monte le taux du sucre dans les urines. Si, bien souvent, il diminue sous l'influence d'un régime diabétique sévère, il n'en est pas toujours ainsi et on peut le voir persister après la disparition totale de la glycosurie, ou, au contraire, guérir alors que le diabète existe toujours.

Sa cause immédiate, d'ailleurs, est encore inconnue et, à ce sujet, nous ne pouvons que rapporter les différentes théories tour à tour en faveur ou combattues.

Longtemps on a cru que le diabète agissait simplement par l'action irritante de l'urine sucrée au niveau de la vulve. Gaillard Thomas cite même des cas d'amélioration considérable du prurit, à la suite du cathétérisme uréthral prolongé, et, aujourd'hui

encore, on recommande aux malades de faire un lavage de la vulve après chaque miction. Pourtant des faits viennent à l'encontre de cette théorie : l'existence, primitivement ou secondairement, de prurit localisé ailleurs qu'à la vulve, la non apparition de prurit après l'application répétée, prolongée de solutions sucrées au niveau de la vulve, chez des malades non diabétiques.

D'autres causes interviennent donc. On a pensé qu'il y avait chez les diabétiques une substance nocive circulant dans le sang et venant irriter les terminaisons nerveuses de toute la surface cutanée. La malade serait alors en imminence de prurit, si nous pouvons ainsi dire ; qu'il survienne une cause occasionnelle en un point quelconque et la crise de prurit se déclanche. On pourrait admettre alors que ce rôle va être joué par l'urine diabétique, qui, outre le sucre qu'elle contient, est encore modifiée dans sa teneur en acide urique, chlorurs, phosphates qui sont éliminés en quantité exagérée.

Mais toutes les diabétiques ne faisant pas de prurit, il y a lieu de considérer l'intervention d'un troisième facteur. Très certainement, outre la maladie glycosurique, il faut encore une prédisposition individuelle spéciale, probablement variable avec chaque malade. Prédisposition nerveuse chez les unes, intoxication caféïque, théïque, ou autres, chez les autres ; ou tout simplement, peut-être, prédisposition locale par malpropreté, constipaton habituelle, avec congestion de tous les organes du petit bassin, etc...

Tel est, pour nous, le mécanisme probable de l'apparition du prurit vulvaire chez la diabétique. Ajoutons que l'on a incriminé la possibilité d'une lésion des centres nerveux, sans l'avoir jamais démontrée. Enfin, Seligmann émet l'hypothèse que ce prurit est peut-être dû à une infection à microparasites, entre autres le leptothrix et le leptomitus qui ont été trouvés à plusieurs reprises sur la vulve.

Le prurit diabétique a-t-il une symptomatologie spéciale absolument caractéristique ? Non, son intensité est extrêmement variable, allant depuis le simple picotement à peine gênant pour la malade, jusqu'aux grandes crises de prurit, rendant la vie insupportable. De même, la façon dont réagit la malade présente la même variabilité. Il peut exister sans aucune lésion locale ou s'accompagner d'un érythème plus ou moins persistant. Pourtant, dans un assez grand nombre de cas, il s'accompagne d'un eczéma vésiculeux avec suintement abondant, rougeur vive très étendue ; couvrant non seulement la vulve mais encore le mont de Vénus, la partie supéro-interne des cuisses, et ne se terminant pas par un bord net. Des vésicules se disséminent au pourtour et on trouve souvent quelques furoncles dans les régions voisines. Fournier décrit à cet eczéma deux formes : 1° l'une aiguë, caractérisée surtout par l'intensité de la rougeur, la tuméfaction notable des téguments ; elle évolue avec des alternatives d'aggravation et de rémission peut-être

en rapport avec la composition des urines ; elle reste, en général, localisée à la vulve.

2° L'autre chronique, faisant suite à la précédente, caractérisée par sa longue durée, et une intensité plus grande de toutes les lésions ; c'est généralement dans cette forme que l'eczéma s'étend au-delà de la vulve. Dans les plis, au niveau des endroits plus suintants se collecte une sorte d'enduits crémeux, composés de cellules desquamées, de l'épiderme en macération, de parasites végétaux, ou microbes qui se développent en abondance, surtout lorsque les malades ne prennent pas de soins minutieux de propreté : l'urine sucrée fermentant avec une grande rapidité.

Comment traiter le prurit diabétique ? Tout d'abord le traitement du diabète lui-même s'impose, et dans un grand nombre de cas on verra le prurit diminuer ; mais il est indispensable de s'adresser en même temps à la lésion locale. On supprimera, autant que possible, le contact prolongé de l'urine avec les parties irritées, en faisant, après chaque miction, une lotion à l'eau bouillie ou mieux à l'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre.

Le Dr Paul Carnot a conseillé les injections d'un litre d'eau additionnée d'une cuillerée à bouche de levure de bière fraîche. La levure qui reste *in situ*, faisant fermenter le sucre et le remplaçant par une solution alcoolique faible, antiprurigineuse et toni-

que pour les tissus ; il aurait ainsi obtenu des résultats remarquables.

Quant aux autres traitements, ils ne présentent rien de particulier au diabète. Ils devront être appropriés à la lésion.

VII. Prurit essentiel

Il nous reste à voir une dernière variété de prurit dont nous avons déjà parlé souvent : le prurit essentiel. Nous en avons donné la définition. On appelle ainsi tout prurit qui évolue sans lésion locale et qui, dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, n'est susceptible d'être rattaché à aucune cause. C'est dire que tous les cas qui ne rentreront dans aucune des classes précédentes seront appelés prurits essentiels.

On ne devra poser ce diagnostic qu'après une exploration minutieuse de toute la région et de l'état général et avoir acquis la certitude qu'il n'existe aucune des affections dont nous avons parlé.

Rappelons ici que les médications locales, les eaux de toilette donnent des prurits qui en imposent absolument pour des prurits essentiels, car ils ne s'accompagnent, en général, d'aucune lésion. A ce sujet, on pensera aux susceptibilités personnelles, on se souviendra que des doses minimes d'une substance absolument inoffensive en général, peuvent suffire pour déterminer un prurit violent et tenace. Ce n'est donc qu'après avoir supprimé

toute cause d'irritation pendant un temps assez long que l'on éliminera ce diagnostic.

En outre, nous avons montré qu'un certain nombre de prurits évoluant sans lésions aux approches de la ménopause devaient être rattachés à un mauvais fonctionnement de l'ovaire. Cette même cause n'intervient-elle pas chez des femmes plus jeunes ? Ne sait-on pas que la femme peut continuer à être réglée normalement malgré des lésions ovariennes avancées ? N'y a-t-il pas, dans ces conditions, un trouble fonctionnel encore mal connu et suffisant pour retentir sur la sensibilité de la vulve ? Ce sont là autant de questions auxquelles il est impossible de répondre, et qui demanderaient des études approfondies sur l'état fonctionnel de l'ovaire dans ce cas.

A mesure que les prurits génitaux de la femme seront mieux étudiés dans leur pathogénie, nous sommes persuadés que le groupe des prurits essentiels diminuera de plus en plus.

Il reste pourtant des cas (bien que nous ne puissions apporter aucune observation personnelle) où, malgré toutes les recherches, aucune cause ne peut être relevée. Ces faits rentrent dans le cadre des prurits essentiels localisés du docteur Brocq.

Nous nous sommes étendus longuement sur ces prurits et sur la lésion spéciale — la lichénification — qui apporte mécaniquement le grattage. Nous ne reviendrons pas sur ces points. Nous avons dit pourquoi les prurits, avec lichénification, devaient

être considérés comme étant des prurits essentiels Nous comprendrons donc, dans cette étude, les prurits avec et sans lichénification.

Bien que nous ne puissions rien préciser au point de vue étiologique puisque, par leur définition même, ces prurits sont sans cause connue, on sait pourtant qu'ils se rencontrent plutôt chez des malades nerveuses ou arthritiques ; c'est donc toujours le même terrain général qui favorise leur développement.

Ils peuvent se montrer à tout âge, sauf dans les premières années ; nous ne croyons pas qu'on les rencontre avant 20 ou 25 ans au plus tôt. A part cela, on peut les trouver à toute période de la vie. On les a surtout décrits vers l'âge de 40 à 45 ans, mais, pour nous, ces observations ne sont pas à l'abri de toute critique au point de vue de la nature vraiment essentielle de ces prurits.

Dans toutes les descriptions, le caractère que nous avons relevé le plus fréquemment et celui sur lequel insistent le plus les auteurs, c'est l'intensité toute spéciale que revêtent ces prurits. Le nombre et le moment des crises varient avec chaque malade mais presque toujours l'intensité reste grande pour la plupart des crises. Elles se présentent aussi bien pendant la nuit que pendant la journée, et fort souvent assez violentes pour réveiller les malades.

Un autre de leurs caractères est leur ténacité. La durée de ces prurits est impossible à préciser ; elle

est, en général, fort longue. Parfois, un changement dans l'état général, dans le mode de vie, amène une sédation des crises sans qu'on puisse prédire à l'avance cette amélioration ; parfois aussi ces prurits se localisent en un autre point du corps, ayant quitté la vulve soit d'une façon passagère, pour y revenir ensuite, soit d'une façon définitive.

L'évolution est donc fort variable et revêt une forme spéciale à chaque malade.

Ne connaissant pas la cause, le seul traitement que l'on puisse diriger contre cette variété de prurit est un traitement symptomatique. Bien souvent on verra, avec désespoir, toutes les méthodes thérapeutiques échouer les unes après les autres. Lorsque ces malades viennent trouver un médecin, quelque temps après le début de leur affection, elles apportent parfois, avec elles, un nombre considérable d'ordonnances qui témoignent du peu de prise qu'ont, sur elles, les diverses médications.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de tout ce qui pourra être essayé ; parfois, c'est la malade qui signale elle-même ce qui la soulage le mieux. Disons pourtant qu'on ne devra pas oublier le traitement glandulaire. On recherchera les autres symptômes de défaillance, non seulement de l'ovaire, mais encore du corps thyroïde ; on ajoutera, en outre, le traitement hypophysaire dont l'action sur l'état général et sur l'appareil génital, quoique mal connue, est certaine.

Signalons encore plus particulièrement le traite-

ment électrique, la radiothérapie et le radium qui ont quelque succès à leur actif, et dont on trouvera plus loin une étude détaillée. Enfin, c'est dans ces cas que la psychothérapie a pu parfois trouver son indication, un certain nombre de ces prurits étant d'ordre purement psychique.

On ne négligera pas le traitement général qui consistera surtout à soumettre la malade à une cure de désintoxication sérieuse et on s'efforcera de calmer le système nerveux.

TRAITEMENT

Nous allons passer en revue les différents traitements qui ont été tour à tour utilisés contre le prurit vulvaire.

Dans les chapitres précédents, nous avons vu qu'il existe, pour certains prurits, des indications thérapeutiques spéciales que nous avons alors indiquées. Mais, en outre, il est des prescriptions générales que nous n'avons pas voulu répéter à chaque instant et que nous allons maintenant étudier en détail.

Traitement général. — Voyons d'abord celles qui s'adressent à l'état général, au terrain même, et nous avons assez insisté sur son importance pour n'avoir pas à y revenir ici.

M. le docteur Brocq, dans le premier chapitre de son traité de dermatologie pratique, s'étend longuement sur l'influence de ce que l'on appelle le terrain, la prédisposition morbide de chacun à réagir de telle ou telle façon.

Nous ne pouvons résumer, et il faudrait reproduire intégralement cet article si instructif et qui donne la clef de problèmes qu'il serait impossible

de résoudre sans la connaissance de ces notions fondamentales ; il nous apprend pourquoi les malades réagissent de façons si différentes à des causes identiques. Or, au cours de cette étude, nous n'avons cessé d'attirer l'attention justement sur le mode de réaction si différent pour une même affection locale, pour une même cause, et cela à cause du terrain.

Des conditions extrêmement multiples interviennent dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer. Nous ne saurions pourtant nous empêcher de reproduire les lignes suivantes qui terminent l'article du docteur Brocq.

« En somme, les prédispositions acquises se greffent sur les prédispositions héréditaires, les modifient, les renforcent, les atténuent ou les transforment de manière à constituer, par cet ensemble, le terrain ou l'individualité morbide du sujet, individualité qui varie éminemment, comme nous l'avons vu, suivant les races, les familles, les individus, suivant les phases de l'existence chez le même individu. »

La constitution du terrain dépend donc :

1. Des aptitudes héréditaires que chaque individu apporte en naissant et qui tiennent à sa race, aux influences pathologiques subies par tous ses ascendants, à leur habitat, à leur mode de vie, à leur état pathologique et moral au moment de la conception et pendant la gestation.

2. Du milieu dans lequel le sujet a vécu comme séjour et comme entourage ;

3. De son alimentation ;

4. De son hygiène générale ;

5. Des traumatismes qu'il a subis, des affections accidentelles auxquelles il a été soumis, etc.

De ceci, découlent des indications thérapeutiques de la première importance, puisqu'il faut modifier, dans la mesure du possible, le terrain sur lequel évolue la lésion que nous étudions.

On essaiera donc, tout d'abord, d'enlever la malade à son milieu habituel, à ses préoccupations morales, si cela est possible.

Malheureusement, en pratique, cette prescription, si simple en apparence, est rarement réalisable ; qu'elle soit impossible au point de vue purement matériel, comme cela arrive chez nos malades des hôpitaux, ou qu'elle soit impossible au point de vue moral, comme on le voit dans la clientèle en ville. Il ne suffit pas, en effet, que la malade quitte ses occupations habituelles ; son déplacement n'est d'aucune utilité ou à peu près si elle emporte avec elle, ses préoccupations, ses soucis.

Enfin, on se heurte encore à une autre difficulté : où faut-il envoyer ces malades ? Toutes les altitudes ne conviennent pas également à toutes les malades. Dans nos climats, c'est en général entre 800 et 1400 mètres que les malades se trouvent le mieux. Mais ceci n'a rien d'absolu et un simple séjour à la campagne, sans cure d'altitude, calme parfois merveil-

leusement l'état nerveux qui accompagne le vrai prurit vulvaire.

Pourtant, il existe certaines stations minérales qui ont une action sédative incontestable sur l'état général en même temps que leurs eaux douces et onctueuses agissent sur la peau elle-même.

Toutes les stations ne conviennent pas également à toutes les malades et on choisira celles qui répondent le mieux au résultat cherché.

Lorsqu'on voudra surtout calmer le système nerveux, on conseillera Néris, Bagnères-de-Bigorre, Plombières, Banis, en France ; Ragatz, en Suisse ; Wilbad, en Allemagne. Ajoutons Luxeuil, en France, qui agira en même temps sur les troubles gastro-hépatiques si fréquents chez les utérines.

Evian, Vittel, Martigny, Contrexéville, conviendront surtout aux arthritiques, aux auto-intoxiquées dont les éliminations sont insuffisantes.

Aux malades qui ne rentrent pas dans les cadres précédents, nous conseillerons soit Saint-Gervais, si elles présentent des tendances à l'eczématisation de type aigu, et M. le docteur Mallein nous a rapporté de vive voix trois observations de prurit vulvaire répondant à ce type et très rapidement améliorées à Saint-Gervais.

Soit enfin la Bourboule, en cas d'indications moins nettes encore et nous verrons que le docteur Veyrières, médecin à la Bourboule, ajoute au traitement habituel, la douche filiforme sur laquelle nous reviendrons.

Lorsque les malades ne pourront pas se déplacer, on leur fera faire à domicile des cures d'eaux ; en particulier Vittel, Evian, Contrexéville, dont elles retireront presque toujours un grand bénéfice.

Mais un déplacement ne s'impose pas toujours de façon absolue et on pourra alors se borner à instituer une cure de désintoxication par un régime alimentaire sévère.

On sera rarement obligé de recourir au régime lacté absolu. Il y aura souvent avantage à prescrire le régime lacto-végétarien pendant une période plus ou moins longue suivant le degré d'intoxication ; un examen d'urine fréquent permettra de surveiller les effets du régime et de permettre peu à peu d'être moins sévère. Enfin, si on ne croit pas devoir supprimer la viande, on ne l'autorisera que grillée.

Le docteur Brocq, qui a beaucoup étudié les échanges nutritifs au cours des dermatoses, nous donne une liste détaillée de ce qu'il faudra supprimer de l'alimentation au cours du prurit quel que soit son siège et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire cette liste :

Tout sujet atteint de prurit doit se soumettre à un régime des plus rigoureux. Il doit s'abstenir de café, de thé, de chocolat, de liqueurs, d'alcool de toute nature, de vin pur, de vin frelaté, même coupé d'eau, de bière alcoolisée, de charcuterie, de veau, d'œufs pas frais, de poissons, de coquilles de mer, de crustacés, de conserves de poissons, de gibier, de truffes,

de fromages salés et fermentés, d'aliments épicés et salés, de tomates, d'épices, de fraises, de choux et de choux-fleurs, d'oseille.

Son alimentation consistera en eau naturelle ou en eau minérale alcaline quelconque, lait, viandes rôties et grillées, légumes cuits et fruits cuits.

Après le repas, le docteur Brocq ordonne fréquemment une de ces tisanes tant vantées autrefois et bien à tort mises un peu à l'index aujaurd'hui : infusion de badiane, patience, pensées sauvages, etc.

En cas de fermentation du tube digestif, Albert Robin donne, au milieu du repas, un cachet de :

Erythrol..... ...	à à 5 cent.
Fluorure de calcium.....	à à 5 cent.
Magnésie, 10 centigrammes.	

pour 1 cachet

et 1 cuillerée à soupe de la solution suivante .

Fluorure d'armoricum.....	0 50 cent.
Eau.....	300 grammes

L'hygiène du tube digestif occupe donc une place prépondérante dans le traitement des prurits.

On veillera avec soin sur la régularité des garde-robes : la constipation agissant ici à la fois comme cause d'ordre général par l'intoxication chronique qu'elle entraîne, et comme cause locale par la con-

gestion du petit bassin, par les hémorrhoïdes qui l'accompagnent si fréquemment.

On ne négligera pas l'examen de la dentition et cela pour deux raisons : tout d'abord une mauvaise dentition entraîne une mauvaise mastication, d'où des digestions difficiles, incomplètes. De plus, la présence de dents cariées peut être une cause de prurit généralisé ; à plus forte raison peut-elle entretenir et favoriser un prurit qu'une lésion locale a fait éclore.

Pendant notre dernière année d'internat nous avons eu l'occasion de voir une malade dont l'observation nous a beaucoup frappé et que nous rapportons brièvement.

Une femme âgée de 55 ans vient à la consultation de l'hôpital St-Louis pour un prurit intense généralisé durant depuis plusieurs mois. Nous cherchons, en vain une cause, sans trouver autre chose que quelques troubles digestifs et nous inclinions pour le diagnostic de prurit sénile, lorsque le Dr Darier attira notre attention sur l'état de la bouche. Toutes ou presque toutes les dents, étaient cariées, déchaussées et cerclées, au niveau de la gencive, par une couronne de pus dans laquelle baignait l'alvéole. Les gencives rouges mais peu tuméfiées. Cette malade fut hospitalisée. On fit un nettoyage sérieux de la bouche sans pratiquer l'ablation d'une seule dent, la malade s'y refusant. Au bout de 15 jours le pus avait disparu et avec lui une grande partie des démangeaisons. Il y a là, en

effet, une cause permanente d'intoxication, la malade avalant, avec sa salive, de véritables cultures microbiennes. Nous avons relaté cette observation pour montrer toute l'attention qu'il faudra porter sur le système dentaire ; question, bien souvent, totalement négligée.

On essaiera ensuite de diminuer l'excitabilité du système nerveux. On supprimera, dans la mesure du possible, les soucis, les émotions vives, on ordonnera la vie calme au grand air.

On pourra prescrire quelques médicaments internes en ayant soin d'éliminer tous ceux qui peuvent avoir une action nuisible sur les téguments. On se rappellera qu'il ne faut pas attendre d'eux des résultats merveilleux et on n'en prolongera pas l'emploi.

On s'adressera tout d'abord aux préparations de valériane, en particulier aux formules suivantes :

Extrait de valériane	à à 3 grammes
Poudre de valériane	
Poudre de feuilles d'oranger	Q. S.

ou :

Valérianate d'ammoniaque	1 gr.
Sirop de menthe	30 gr.
Eau de tilleul	120 gr.

1 cuillerée à soupe 3 fois par jour dans une infusion de tilleul, ou encore :

Valérianate de zinc.....	1 gr.
Eau de fleur d'oranger.....	150 gr.

1 cuillerée à soupe 3 fois par jour dans une infusion de tilleul.

Bien d'autres médicaments ont été vantés : l'acide cyanhydrique, l'eau distillée de laurier-cerise, le castoréum, l'asa-fœtida, qui nous paraissent moins efficaces mais que l'on essaiera en cas d'insuccès de la valériane. On pourra associer :

Extrait de valériane.....	à à 0 gr. 05
Asa-fœtida.....	
Castoréum.....	

pour une pilule. En prendre 3 par jour.

Citons encore : l'extrait de Gnaco, la quinine, surtout lorsque le retour des crises de prurit revêt une sorte d'évolution cyclique ; la belladone :

Teinture de belladone.....	10 gouttes
Eau de laurier-cerise.....	5 gram.

dix gouttes dans une infusion tiède, 1 fois par jour.

L'arsenic surtout sous forme de bromure d'arsenic, 1 milligramme par jour ; le calcium, l'antipyrine et l'aspirine donnés à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, une demi-heure avant la crise du soir et permettant parfois d'éviter cette crise.

Cette liste, déjà bien longue et encore très incomplète, prouve le peu de succès qu'il faut attendre de cette thérapeutique.

On pourra utilement aider l'action de ces médica-

ments par une hydrothérapie bien comprise, sous forme de douches calmantes de 35° à 38° avec la pomme d'arrosoir ou le jet brisé, durant d'abord 1 ou 2 minutes, puis allant progressivement jusqu'à 4 et 5 minutes, renouvelées tous les jours ou tous les deux jours pendant 20 à 30 jours.

Voici donc pour l'état général, et on voit que ce traitement présente, en somme, trois indications :

1° traiter les organes malades ou en état de moindre résistance, suivant les cas.

2° supprimer toutes les causes d'intoxication.

3° calmer le système nerveux.

Localement nous avons vu que la première chose à faire était de rechercher et de traiter la lésion qui a localisé le prurit à ce niveau. Nous avons signalé ces divers traitements nous n'y reviendrons pas.

En outre, on aura à essayer de soulager la malade le plus rapidement possible, en traitant le prurit même considéré en tant que symptôme.

Traitement local. — Pour soulager la démangeaison, de nombreux moyens sont à notre disposition. Ils rendront parfois de véritables services aux malades en leur permettant de calmer leur crise pour un temps plus ou moins long.

Voyons tout d'abord les traitements médicamenteux.

Traitement médicamenteux. — Au moment même de la crise, alors qu'elle a déjà éclaté voici le moyen le plus simple et qui réussit bien souvent à la calmer :

Prendre de l'eau bouillante additionnée ou non de trois à quatre cuillerées à soupe de bon vinaigre par litre d'eau. Laisser refroidir jusqu'à ce que la main puisse à peine supporter sans brûlure, le contact de l'eau ; plonger alors un tampon d'ouate hydrophyle, l'appliquer sur la vulve en appuyant légèrement ; le premier contact est souvent pénible, la région vulvaire étant plus sensible à la chaleur que la main ; retirer, le plonger dans l'eau et le replacer de nouveau ; recommencer plusieurs fois de suite pendant 3 à 4 minutes ; se rappeler qu'il faut lotionner sans jamais frotter. Lorsque la crise est calmée appliquer du talc puis l'une des pommades que nous énumérerons.

Cette lotion arrête la crise, de façon pour ainsi dire constante, mais malheureusement elle n'apporte qu'un soulagement momentané, les démangeaisons pouvant reprendre quelques minutes plus tard ; habituellement le soulagement est plus durable. Il est tout à fait exceptionnel que cette lotion soit mal supportée. Dans un seul cas, chez l'une de nos malades, au lieu d'arrêter la crise, la lotion chaude ne faisait que l'exaspérer, alors qu'au contraire, les lotions à l'eau très froide avaient un effet sédatif presque certain.

Ces lotions peuvent être faites avec de très nombreuses substances que l'on essayera, tour à tour, sans que nous puissions recommander plus particulièrement les unes ou les autres.

Citons : les lotions avec des décoctions de têtes de

camomille (10 à 12 par litre d'eau) de pavot, d'eau de son.

Les lotions à l'eau-de-vie camphrée et non à l'alcool camphré, ces dernières étant presque toujours mal supportées ; à l'eau chloroformée ; au bromure de potassium (25 gr. par litre) à la résorcine à 1 pour 100 ; lotions à la morphine. Voici, par exemple, une bonne formule :

Acétate de morphine	0 gr. 50
Acide cyanhydrique médicinal au centième	10 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau	150 gr.

Ajoutons les lotions à l'ichtyol, 20 gr. par litre d'eau ; au naphtol, 15 à 20 gr. par litre d'eau.

Telles sont les lotions que nous avons le plus souvent employées.

Bien d'autres pourront être essayées, énumérons-les rapidement :

Lotions avec décoction de feuilles de coca ; de tabac (5 à 6 grandes feuilles pour 1000), à la belladone, jusquiame, aconit, extrait de ciguë, cyanure de potassium (2 pour 1000), sulfate de cuivre que (5 pour 1000), chloral (20 à 30 pour 1000). Nous ne recommandons pas ces trois dernières substances recommandons pas ces trois dernières substances qui peuvent causer des éruptions artificielles parfois très vives et très étendues.

Toutes ces lotions pourront être faites d'une fa-

çon régulière 3 fois par jour, mais elles sont surtout indiquées au moment des crises de prurit.

On appliquera ensuite : soit simplement du talc, soit le mélange suivant :

Talc	à à 10 gr.
Amidon	
Oxide de zinc	à à 5 gr.
Sous-nitrate de bysmuth	
Acide salicylique	0 gr. 20

Soit une pommade à laquelle on pourra incorporer l'une quelconque des substances que nous venons d'énumérer.

Donnons quelques-unes des formules qui nous ont paru réussir le mieux :

Cold-cream frais additionné de chlorydrate de cocaïne à 1/25 ou de morphine à 1/100 ou une association des deux substances :

Cold-cream frais	25 gr.
Chlorydrate de cocaïne	1 gr.
Clhorydrate de morphine	0 gr. 25

Pâte de zinc à laquelle on incorpore l'un des antiprurigineux suivants : ichtyon, thiol, tumeriol, sapolan au 1/20.

Vaseline	à à 12 gr.
Lanoline	
Talc	à à 10 gr.
Acide de zinc	

Résorcine ..... 0 gr. 50
Tuménol... ..... 2 gr.

Nous ajoutons ici la résorcine environ à 1/100 qui constitue un excellent antiprurigineux.

Glycérolé d'amidon contenant 1/20 d'acide tartrique.

Pommades au camphre, au soufre, etc...

Après l'application des pommades, on poudre avec du talc ou avec la poudre que nous donnons ci-dessus.

En cas de prurit très intense on essayera les badigeonnages : soit badigeonnages de nitrate d'argent au 1/20, dont on retire souvent un bénéfice énorme et qui trouveront surtout leur indication lorsqu'il existe de petites fissures. S'ils sont trop douloureux on les fait précéder d'une application pendant quelques minutes, de chlorhydrate de cocaïne au 1/50 qui atténuera la douleur.

Soit badigeonnages de solution aqueuse d'ichtyol au 1/10.

Soit enfin, badigeonnages avec des substances formant une sorte de vernis protecteur et isolant telles que la teinture de benjoin.

Nous avons vu que parfois le prurit s'accompagne d'une séborrhée assez intense ; on la combattra par les préparations habituelles, soufrées, cadiques ou Baume Duret.

Ajoutons enfin quelques traitements que nous avons trouvés dans la littérature, à ce sujet :

1° Traitement donné par Labusquière d'après Fretsch et qui a pour lui le mérite de sa simplicité. Fretsch conseille un nettoyage à fond de la région avec savon puis liquide antiseptique, nettoyage fait par le médecin et renouvelé au bout de quelques jours ; d'après l'auteur, ce traitement serait presque toujours suivi de guérison ; sans en attendre un tel succès on peut l'essayer en se rappelant pourtant que chez certaines personnes il faut se méfier des savonnages trop répétés, puisqu'à eux seuls ils peuvent être une cause de prurit.

2° Traitements de Thomas Marc Madden ; l'un, que nous essayerions peu volontiers et qui consiste à faire une antisepsie par des ablutions à l'eau bouillante ; l'autre qui, au contraire, nous semble excellent et qui consiste en badigeonnages de la vulve au bleu de méthylène ; malheureusement, ces badigeonnages tachent énormément le linge et sont difficilement acceptés par les malades. En somme, ces trois traitements tendent au même but : faire une asepsie réelle de la région.

Enfin dans des cas très rebelles nous avons pu soulager temporairement les malades en faisant placer entre les grands lèvres pendant 15 à 20 minutes un léger tampon d'ouate imbibée de cocaïne au 1/50 ou de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.
Résorcine Hydrate de chloral	à à 1 gr.

Glycérine	3 gr.
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Alcool à 80°	20 gr.
Eau q.S. pour	100 gr.

Toutes ces médications s'attaquent surtout au prurit ; si le grattage a déterminé une irritation locale, on calmera cette inflammation secondaire par des lotions de camomille, de sureau, de guimauve additionnées de bromure de potassium à 1/200 ou de borate de soude que l'on répètera après chaque miction.

Bien entendu, les infections secondaires, lorsqu'elles existent, demanderont, elles aussi, un traitement approprié. Celui que nous recommandons le plus volontiers est le suivant :

1. Lotion chaude avec l'une quelconque des substances déjà citées.

2. Attouchements de tous les points infectés avec l'eau d'alibour pure.

Sulfate de cuivre	10 gr.
Sulfate de zinc	35 gr.
Safran en poudre	2 gr.
Camphre	5 gr.
Eau de pluie	1000 gr.

si elle n'est pas supportée, déluer de moitié ou au 1/5e.

3. Couche légère de pâte de zinc ichtyolée au 1/20e, enfin poudrer avec la poudre déjà indiquée.

Ce traitement répété matin et soir nous a toujours donné d'excellents résultats en peu de jours.

Ajoutons les badigeonnages avec la vaseline collargolée au vingtième, ou avec le bleu de méthylène qui sont d'excellents désinfectants.

Si tous ces traitements médicamenteux n'apportent que des soulagements temporaires, on pourra avoir recours aux traitements physiques ; nous allons voir qu'eux aussi peuvent apporter du soulagement à certaines malades tandis qu'ils n'auront aucun effet sur d'autres.

Air chaud. — Dans ces dernières années, on a essayé le traitement de diverses dermatoses par l'air chaud. L'appareil employé, très simple, dans son maniement, donne un jet d'air surchauffé à des températures variables pouvant atteindre jusqu'à 300 degrés. Pour le traitement du prurit vulvaire, on ne se sert pas de telles températures. On envoie, au contraire, un air plutôt tiède, à une température agréable à la malade. On peut commencer par faire des séances de 10, 15 à 20 minutes tous les jours, pendant trois semaines environ, puis on espacera les séances. Les malades obtiennent parfois une amélioration très rapide. — Ailleurs, comme dans notre observation XIII, il n'y a qu'un soulagement tout à fait temporaire. Si, après un mois ou un mois et demi de traitement, il n'y a pas une forte diminution des démangeaisons, il est inutile de continuer. Cette médication s'adresse au symptôme pru-

rit même, on pourra l'essayer quelle que soit la cause de ce prurit.

Electricité. — L'électricité peut être utilisée sous diverses formes, dans le traitement des prurits vulvaires.

Le *bain hydro-électrique* utilisé contre le prurit est le bain à courant alternatif sinusoïdal. On fait passer ce courant dans le bain où se trouve placé le malade soit en plongeant les deux électrodes dans le bain — bain bi-polaire — soit en plaçant un électrode dans l'eau et l'autre sur une portion du corps du malade situé hors de l'eau — bain monopolaire. — On obtient ainsi des améliorations énormes dans les cas de prurit en général et on a pu l'essayer avec succès dans quelques cas de prurit de la vulve. Mais l'amélioration qui se manifeste parfois dès le début, ne progresse ensuite que très lentement, et il faut faire un nombre assez considérable de séances pour obtenir un résultat durable.

Les *courants continus* ont donné de bons résultats en faisant des séances de 10 minutes, l'anode étant placé à la vulve, la cathode promenée sur tous les points prurigineux.

Mais c'est surtout sous forme de bains statiques ou d'effluves, que le traitement électrique apporte les meilleurs effets.

Pour le *bain statique*, on fait asseoir le malade sur un tabouret relié à l'un des pôles de la machine, l'autre pôle étant relié au sol. Suivant le pôle fixé

au tabouret, on peut avoir des bains positifs et des bains négatifs. On commence par donner des bains très courts, quelques minutes seulement, afin d'accoutumer la malade puis, peu à peu, et en observant la susceptibilité particulière de chaque sujet, on augmente la durée pour aller jusqu'à 20 ou 25 minutes. On obtiendra rarement du soulagement avec des bains trop courts alors qu'au contraire, un bain de 25 minutes donne d'excellents résultats. Comme pour le bain hydro-électrique, l'amélioration ne sera réelle qu'après un certain nombre de séances : 40 à 50 et même plus.

Lorsque la malade n'est pas impressionnable et supporte parfaitement le bain statique, mais sans en retirer au bénéfice, on essayera *l'effluvation*, qui apporte parfois une diminution très notable du prurit, alors que le bain électrique avait été sans effet. Ces traitements agissent bien, surtout chez les arthritiques nerveuses, et trouveront leur indication dans les prurits essentiels avec ou sans lichénifications, dans les prurits ayant accompagné une affection génitale alors guérie et qui persistent après elle, enfin dans les prurits survenant après la ménopause, chez les arthritiques avérées. La présence d'un eczéma concomitant ne constitue pas une contre-indication, au contraire, surtout si on se trouve en présence de ces eczémas à poussées brusques et successives où l'élément nerveux joue un rôle certain.

Les *courants de haute fréquence*, peut-être plus

souvent utilisés, présentent à peu près les mêmes indications et donnent des résultats à peu près identiques ; les démangeaisons s'atténuent très rapidement, mais la guérison totale est très longue à obtenir.

Depuis la découverte des Rayons X, ces méthodes ont été fortement délaissées en faveur de la *Radiothérapie*. Celle-ci donne d'ailleurs, en général, des résultats beaucoup plus rapides, et ses effets sont plus constants.

Dans les prurits *sine materia*, ou dans les prurits avec lichénification, il est infiniment rare que les rayons n'amènent pas un soulagement rapide. Bien entendu, les séances doivent être faites avec prudence et on n'emploiera habituellement, sauf indications contraires, que des doses faibles.

Entre les règles générales s'appliquant aux Rayons X, on aura à tenir compte de quelques considérations spéciales soit à la région (vulve), soit à la qualité de l'affection à traiter (prurit). En effet, la vulve n'est pas toujours, et chez tous les sujets, facilement accessible à des irradiations correctes, en raison de sa situation et de ses anfractuosités ; les parties saillantes sont toujours plus fortement influencées suivant la loi du carré de la distance à l'anticathode. Donc, attention spéciale pour éviter toute radiodermite ou irradiation insuffisante. De plus, l'empirisme a montré la sensibilité très variable que présentent les prurits aux irradiations, suivant la dose et la qualité des régions. Souvent des

doses faibles de 2 à 3 H seront très efficaces ; quelquefois il faut atteindre 4 et 5 unités H. D'autre part, il est des prurits sensibles à des rayons courts agissant en surface ; d'autres réclament des rayons pénétrants. Comme, à l'heure actuelle, il est impossible de dire quelle est la qualité préférable dans tel ou tel cas, peut-être serait-il bon d'administrer systématiquement, en cas de prurit vulvaire, comme en cas de prurit localisé, en général successivement des rayons durs de qualité 6 B, par exemple, et des rayons filtrés sur 1 à 2 millimètres d'aluminium ; des séances couplées de ce genre réussiront parfois alors que l'une des espèces de rayons n'agissait pas.

Dans les prurits avec lichénification, les rayons de Rœtgen peuvent amener, après un nombre de séances variables, une guérison complète avec disparition de la lichénification.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un prurit *sine materia*, ou d'un prurit qui ne se modifie pas, malgré le traitement de l'affection génitale qui l'accompagne, ou enfin lorsque les crises présenteront une intensité toute particulière, on n'oubliera pas ce précieux mode de traitement qui donnera souvent un soulagement rapide.

Chez l'une de nos malades (obs. XIII), les séances de rayons X n'ont pourtant donné aucun soulagement. Il existait chez elle une leucoplasie sur laquelle la radiothérapie n'a amené aucune modification, contrairement à ce qui s'est passé dans le cas de

la malade de Maresten, dont nous avons déjà parlé et chez laquelle l'application de rayons X a été suivie d'une rétrocession marquée des lésions.

Il nous reste à parler du *radium*. Certains prurits seront améliorés et même guéris complètement par des applications judicieusement faites. Depuis longtemps déjà on a essayé de traiter par cette méthode les prurits localisés. Il faut bien dire que si l'on a pu noter des succès rapides (obser. XVIII), on a aussi des cas dans lesquelles le radium n'a amené aucune amélioration (observ. XIII).

Wickham, dans son traité de radiothérapie, donne plusieurs observations à ce sujet, nous avons extrait celle qui se rapporte au prurit vulvaire.

Le radium, d'une manière générale, a sur les tissus une action calmante et analgésique, qui apporte un soulagement très rapide dans les prurits localisés ; mais ces applications devront être, non seulement méthodiques et bien faites, mais encore très prudentes.

On commencera toujours par des doses faibles pour se laisser guider ensuite par la réaction du sujet, et les effets obtenus.

On sait que la vulve présente une sensibilité spéciale au radium ; l'humidité constante de cette région diminue la résistance des tissus ; enfin on pensera toujours, en graduant les doses, à la possibilité de l'épilation, quoique en général, avec les doses utilisées habituellement, la repousse soit de

règle, l'épilation lorsqu'elle a lieu, n'est que temporaire.

Il est difficile de fixer actuellement les indications du radium et de spécifier les cas dans lesquels on devra l'employer. On pourra y recourir, dans tous les cas rebelles aux autres traitements. De plus, les prurits diabétiques semblent particulièrement bénéficier de cette thérapeutique, ainsi que nous l'a signalé M. le professeur Pozzi. Enfin le radium étant nettement indiqué dans les cas de néoplasmes utérins inopérables, on fera en même temps des applications sur la vulve lorsqu'il y aura coexistence de prurit.

L'apparition d'eczéma après grattage, ne sera pas une contre-indication, au contraire, les eczémas qui accompagnent le prurit étant, eux aussi, favorablement influencés par les applications de radium.

Nous nous contentons de signaler, ici, les indications de ce mode de traitement sans fixer davantage le mode d'application, celle-ci ne devant être faite que par des radiumthérapeutes exercés. Nous n'avons pas besoin de rappeler, en effet, que le radium n'est pas inoffensif en des mains inhabiles.Ce procédé n'est donc à la portée que d'un petit nombre. De plus la région à irradier est, en général, très étendue et nécessite ou bien une quantité de sel assez grande ou bien un temps considérable par applications successives sur chacun des points.

Chez cette même malade que rien n'améliorait,

et dont nous parlions plus haut, nous avons essayé un tout autre mode de traitement, sur les conseils du Dr Veyrières, de la Bourboule : le traitement par la *douche filiforme locale*.

Cette douche consiste en un jet très mince et, à forte pression — 5 atmosphères environ — d'une eau portée et maintenue à une température de 45° par un dispositif spécial. Le jet est dirigé perpendiculairement à la surface à traiter, et tenu à une distance de 20 à 25 centimètres. Le Dr Veyrières a bien voulu essayer sur notre malade l'appareil qu'il venait de faire installer à l'hôpital St-Louis et nous sommes heureux de lui témoigner notre très vive reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il nous a montré le fonctionnement de son appareil et pour le temps qu'il a consacré si aimablement au traitement de notre malade. Cette méthode a d'abord apporté du soulagement aux démangeaisons intolérables de cette malade ; mais bientôt les séances n'ont plus eu leur effet primitif.

Nous croyons que ces douches, dans des cas moins intenses et non accompagnés de leucoplasie, pourraient être essayées avec plus de succès, pourtant la sensibilité de la région ne permettant pas d'employer des pressions aussi fortes qu'il le faudrait, cette méthode n'apportera-t-elle peut-être pas à la vulve le soulagement que l'on peut en attendre en d'autres régions.

Avant d'en arriver aux traitements véritablement chirurgicaux, signalons deux méthodes aux-

quelles nous n'avons pas eu l'occasion d'avoir recours mais qui ont été conseillées dans les cas rebelles, ce sont les scarifications et les cautérisations.

Les scarifications linéaires quadrillées seront faites suivant la méthode habituelle sur toute l'étendue des points prurigineux. Les séances pourront avoir lieu tous les 4 ou 5 jours et être continuées pendant un mois au maximum. Si elles n'ont apporté aucune amélioration au bout de ce laps de temps, nous ne croyons pas qu'un essai plus longtemps continué aurait plus de succès.

Les *cautérisations superficielles* avec le thermocautère ont été pratiquées par Unna, au niveau de l'anus dans des cas désespérés de prurit de cette région. Notre maître le Dr Brocq, conseille de les appliquer au traitement du prurit vulvaire comme dernière ressource avant d'en arriver au traitement chirurgical que nous allons exposer. Ces cautérisations se font, bien entendu, sous chloroforme. La région est pansée ensuite, soit avec du liniment oléo-calcaire, soit avec une solution à 2 pour 100 de borax, additionnée de cocaïne au centième.

Les scarifications et les cautérisations ont pour but d'atteindre et de calmer, par leur incision, les terminaisons nerveuses. Il sera bon d'y avoir recours avant d'en arriver à leur résection, comme cela a été proposé, ainsi que nous le verrons.

Enfin, on a essayé, dans ces dernières années, le traitement du prurit en général par l'auto-sérothérapie ou l'auto-hématothérapie, et ces méthodes ont

été appliquées au traitement du prurit de la vulve. Dans les deux cas, le principe de la méthode est le même. On prend à la malade par ponction veineuse, 15 à 20 centimètres cubes de sang, puis on l'injecte immédiatement dans la région fessière ; ou bien on soustrait le sérum après coagulation pour l'injecter seul. M. le Dr Ravaut, qui a surtout essayé l'auto-hématothérapie, a obtenu des succès durables. Pourtant, chez notre malade D... (obs. XIII) si rebelle à tout traitement, celui-là a échoué comme les autres. On fait, en général, des injections quotidiennes pendant 15 à 20 jours, puis après une période de repos d'une quinzaine de jours, on reprend une nouvelle série d'injections.

Traitement chirurgical. — Arrivons enfin aux traitements chirurgicaux qui ont été proposés par de nombreux auteurs, mais qui n'ont pas été pratiqués un grand nombre de fois.

Nous avons déjà vu, à propos de la leucoplasie vulvaire, qu'on pratique l'excision totale de la vulve, épiderme et derme au niveau de tous les points atteints par la lésion leucoplasique. Dans ces cas, cette ablation est faite dans la crainte d'une transformation cancéreuse mais elle apporte, en même temps, un traitement radical du prurit lui-même.

Schrœder a appliqué la même excision pour le prurit, en dehors de toute lésion leucoplasique. Cette intervention, n'a pas la gravité que l'on pourrait croire au premier abord, et nous avons vu que les lésions se cicatrisent rapidement ; pourtant

elle ne nous paraît indiquée que lorsque les traitements que nous avons énumérés, et ils sont nombreux, ont été essayés sans succès. Il s'agit, en général, de ces prurits *sine matéria*, qui constituent, nous l'avons vu, la variété la plus tenace, la plus rebelle, et aussi la plus intense.

Dans une statistique donnée par Gummert, 9 cas auraient été traités par cette extirpation totale de la vulve et auraient été suivis de guérison radicale. Barton, Cooke Hirst, de Philadelphie, émet pourtant des réserves sur l'efficacité absolue de ce traitement et nous dit que, dans quelques cas, le prurit a réapparu après l'excision de la muqueuse. En France, à part les cas de leucoplasie, nous ne croyons pas que cette opération ait été tentée et il est difficile de se faire, à l'heure actuelle, une idée exacte de sa valeur et de ses indications.

Cette opération n'est pas la seule opération qui ait été essayée. Burns, de Glascow, et Simpson, ont pratiqué la section des nerfs de la région : « génito-« crural, ilio-inguinal, inférior pudendal and su-« perficial périnéal nervés ».

Cette opération serait indiquée seulement dans les cas où le prurit ne peut être rattaché à aucune cause appréciable et paraîtrait dû à une sorte de névralgie spéciale de toute la région. Dans l'article de Barton Cooke Hirste, dont nous parlons plus haut, cet auteur rapporte un cas de guérison par ce procédé, mais il pose, en terminant, quelques questions fort importantes et malheureusement insolu-

bles à l'heure actuelle. Il se demande quel est le meilleur de ces deux traitements chirurgicaux ? Comment, dans la dernière opération peut-on, pour le mieux, isoler les nerfs à sectionner sans toucher au nerf du sphincter qui, en privant le sphincter anal de son nerf amènerait de l'incontinence ? Quel est le résultat définitif en cas de section des nerfs ? Ne faut-il pas craindre, plus tard, les atrophies, le kraurosis, et l'épithélioma ? Ce sont là, dit-il, questions que l'avenir décidera.

En tous cas, ces traitements ne sont que des traitements d'exception qui ne peuvent trouver leur indication que lorsque tout ayant été essayé sans succès, la malade souffre d'un prurit d'une grande intensité qui lui rend la vie absolument impossible et pour lequel tout peut être tenté afin d'apporter un soulagement à cette véritable torture.

Il nous reste à dire quelques mots du traitement psychique qui ne saurait être passé sous silence. Certes, la psychothérapie ne peut avoir aucune prise sur des lésions constituées. Pourtant, même dans ces cas, il y a un élément nerveux non négligeable et sur lequel il est bon d'essayer d'agir. Mais ce ne sont pas ces cas qui bénéficient le plus de ce traitement. Parfois les malades créent, de toute pièce, leur affection à l'occasion d'une maladie des organes génitaux, maladie qui a fortement appelé leur attention et frappé leur imagination. Walthard insiste beaucoup sur cette variété de prurit. Il cite deux observations de malades traités inutilement par de

nombreuses médications, et guéris rapidement par psychothérapie — l'une d'elle avait un petit fibrôme — l'autre avait eu des douleurs symphysaires ayant débuté au moment d'un accouchement avec forceps.

Pour cet auteur le prurit peut être, dans ces cas, purement fonctionnel : « c'est une augmentation de la réceptivité pour la sensibilité consciente » ayant son point de départ dans la corticalité ; la limitation des symptômes est, pour lui, la preuve qu'il n'existe aucune lésion nerveuse, soit médullaire, soit cérébrale. On comprend que, dans ces cas, la psychothérapie doive être tentée et puisse avoir à son actif de véritables succès.

En résumé, comment procéder, en face d'un prurit vulvaire ?

Tout d'abord faire un examen approfondi de la région pour chercher la cause de localisation, l'affection génitale qui entretient le prurit — nous avons vu alors, suivant les différents cas, quel traitement nous paraissait préférable.

En même temps agir sur le symptôme *prurit*. Nous conseillons, tout d'abord, d'essayer de calmer les sensations prurigineuses par des pommades appropriées dont nous avons cité plusieurs formules. En cas d'échec on s'adressera aux méthodes physiques, et cela, suivant les moyens dont on pourra disposer.

Nous mettons à peu près sur un même plan, la radiothérapie et l'électricité, surtout sous forme de

Haute fréquence. Si on ne possède pas les installations nécessaires, on aura recours alors aux autres méthodes suivant les moyens dont on disposera : air chaud, scarifications, etc... Nous avons vu, à propos de chacun de ces traitements à quel cas particulier il s'appliquait le mieux.

On n'oubliera jamais le traitement général ; soit régime de désintoxication s'appliquant presque à toute malade, soit régime calmant, soit enfin traitement plus spécial tel que opothérapie chez les ménopausées, régime antidiabétique, etc...

En outre, les lésions surajoutées nécessitent le traitement qui leur est approprié. Médication locale calmante et surtout inoffensive s'il y a inflammation vive. Antiseptiques s'il y a infection surajoutée. Traitement de l'eczéma, de la séborrhée quand il y a lieu. Surveillance toute spéciale en cas de leucoplasie, etc...

Le plus grand nombre des cas se terminera par la guérison quand on aura rempli cette triple indication : traitement général, traitement symptomatique, traitement causal.

Pourtant quelques prurits, soit prurits essentiels soit prurits avec leucoplasie, seront d'une ténacité effroyable. Toutes les ressources de la thérapeutique pourront être essayées tour à tour et échoueront parfois contre ces cas véritablement rebelles. Pour ces cas, et pour ceux-là seuls, les traitements

chirurgicaux se justifieront peut-être plutôt que de laisser ces malheureuses en proie à une torture continuelle qui pourrait aboutir au suicide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*personnelle*)

PRURIT AVEC OXYURES

Jeanne L..., 8 ans, est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un prurit vulvaire datant de quatre mois environ.

A l'examen, on trouve au niveau de l'anus et de la région périnéale des excoriations, traces nettes de coups d'ongle. La vulve présente seulement une coloration rouge surtout marquée au niveau de la fourchette. La prédominence des lésions au niveau de l'anus, fait penser à la présence possible de vers intestinaux. Interrogée à ce sujet, la mère de la fillette nous apprend qu'en effet, à plusieurs reprises, elle a vu des oxyures dans les selles ; l'enfant présente en outre du prurit nasal.

Les crises de prurit ont lieu surtout vers le milieu de la journée, entre midi et deux heures ; les selles se produisent en général le matin.

Traitement : Lavage de la région à l'eau de camomille et traitement antiparasitaire à la santonine.

Santonine.....	0 gr. 03
Calomel.....	0 gr. 50
Lactose.....	0 gr. 50

pour un paquet numéro 10 ; prendre un paquet deux jours de suite, chaque semaine, pendant un mois.

Tous les deux jours, lavements salés. Revenir dans un mois.

La malade nous est ramenée seulement deux mois après ; depuis longtemps déjà — trois semaines environ après le début du traitement — elle ne présente plus de prurit ; localement il ne persiste aucune trace de grattage ou de congestion.

OBSERVATION II (*personnelle*)

PRURIT AVEC POLYPE DE L'URÈTRE

Mlle Léonie D..., 65 ans, vient consulter à l'hôpital St-Louis, le 10 octobre 1911, pour un prurit vulvaire datant de deux ans.

Antécédents personnels. — La malade a toujours eu une santé délicate.

Réglée à 14 ans, règles irrégulières, douloureuses, durée quatre jours en moyenne. Ménopause à 47 ans ; arrêt brusque à la suite d'un chagrin ; depuis cette époque, bouffées de chaleur fréquentes.

Appétit normal, mais digestions pénibles et surtout constipation extrêmement opiniâtre ; selles tous les cinq à six jours, parfois quinze jours... nous dit la malade. Pas d'intoxication générale hétérogène, ni café, ni thé, ni alcool.

Début de l'affection actuelle, il y a environ deux ans. Le prurit a débuté au niveau des petites lèvres et y reste cantonné ; très rapidement, il a pris une grande intensité ;

la malade a environ 5 à 6 crises par jour, la plus intense étant toujours celle du soir ; lorsqu'elle n'est pas seule et qu'elle est obligée de résister au besoin de se gratter, elle éprouve, dit-elle, une surexcitation nerveuse extrêmement pénible qui se termine presque toujours par une crise de larmes ; elle redoute toute société et n'ose plus sortir. Assez fréquemment, elle est réveillée la nuit par des crises de prurit qui durent une heure ou deux.

Examen local. — Les grandes lèvres sont rouges, tuméfiées, avec excoriations linéaires ; leur face externe présente une pigmentation notable et est lichénifiée dans toute son étendue, pas d'eczématisation. La malade, extrêmement nerveuse, ne laisse faire qu'un examen superficiel, tout contact étant, dit-elle, douloureux et absolument insupportable. Ne pouvant diagnostiquer aucune lésion, nous faisons faire un traitement d'attente :

Lotions 4 fois par jour avec de l'eau de camomille chaude ; au moment des crises, lotions avec de l'eau très additionnée d'une cuillerée à soupe de bon vinaigre, par litre d'eau, puis placer entre les lèvres un flocon d'ouate imbibé de la solution suivante :

Chlorydrate de cocaïne	.1 gramme
Hydrate de chloral	1 gramme
Glycérine	5 grammes
Alcool à 80	20 grammes
Eau	q. s. pour 100 grammes

En même temps traitement du tube digestif et surtout de la constipation.

23 octobre. — Amélioration notable ; la malade dort mieux et les crises de prurit, tout en étant presque aussi fréquentes, se calment immédiatement par le traitement, de telle sorte que la malade ne se gratte presque plus.

Elle se laisse examiner complètement ; la tuméfaction des grandes lèvres a considérablement diminué ; en les

écartant, on aperçoit les petites lèvres un peu rouges, de volume à peu près normal ; enfin, au niveau du méat urétral, très rouge, on trouve un petit polype pédiculé de la grosseur d'une grosse lentille. La rougeur s'étend jusque vers l'orifice vulvaire, l'hymen est intact. L'examen des organes génitaux internes, est difficile à faire ; on trouve un utérus en antéflexion, tout petit, certainement atrophié ; l'orifice externe est ponctiforme. On ne sent pas les ovaires, la malade se prête d'ailleurs très mal à cet examen.

On fait immédiatement l'ablation du polype au couteau du galvanocautère et on prescrit le même traitement.

20 novembre. — La malade est complètement guérie ; elle ressent à peine quelques démangeaisons passagères continuant à se gratter plutôt par habitude.

Localement il n'y a plus de rougeur ; la lichénification et la pigmentation diminuent mais n'ont pas disparu.

En résumé : Polype de l'urètre ayant amené du prurit, de la congestion interne, de la lichénification par grattages répétés, tous symptômes s'améliorant rapidement avec la disparition du polype.

Signalons le rôle à peu près certain que jouait la constipation, par l'intoxication générale qu'elle entraînait et la nécessité absolue qu'il y avait de traiter le tube digestif en même temps que la lésion locale.

OBSERVATION III (*personnelle*)

PRURIT AVEC HERPÈS VULVAIRE

Ch..., 44 ans, vient consulter à l'hôpital Broca, le 27 dé-

cembre 1912, pour des démangeaisons de la vulve datant de quinze jours.

Réglée normalement à l'âge de 12 ans, 4 à 5 jours et sans douleur. La malade a eu 12 grossesses normales ; il reste 9 enfants vivants. Pendant quuelques-unes des grossesses la malade a déjà eu des crises de démangeaison, mais elle ne peut préciser ni combien de fois ni l'époque de leur apparition dans le cours de la grossesse.

Quelques pertes blanches peu abondantes ; jamais de douleurs à la miction, sauf depuis l'apparition des démangeaisons actuelles.

Actuellement : Depuis environ 15 jours sensation de prurit et de brûlure (si on n'insiste pas sur le caractère exact de ces sensations, la malade dit « démangeaisons »), ayant débuté immédiatement après les dernières règles ; siégeant sur la face interne des petites lèvres, le vestibule du vagin, le méat urinaire ; le clitoris ; ne s'étendant pas au-delà ; se produisant à un moment quelconque de la journée ; la sensation alors est trop forte pour que la malade puisse résister au besoin de se gratter, mais plus elle se gratte, plus la sensation de brûlure augmente, et elle est généralement obligée de recourir à des lavages avec de l'eau chaude pour se calmer. Pourtant elle n'a jamais été réveillée la nuit par ce prurit.

La miction est douloureuse.

A l'examen, on trouve sur la grande lèvre gauche une folliculite banale centrée par un poil. Pas de lésions de grattage, mais un léger état œdémateux des petites lèvres. En les entr'ouvrant, un examen superficiel ne montre qu'une rougeur diffuse peu accentuée ; ce n'est qu'en déplissant les muqueuses et en écartant très largement les petites lèvres que l'on trouve 3 petites lésions érosives, très probablement vésicules d'herpès irritées par un grattage répété. Elles sont situées : 2 tout près de l'orifice urétral, 1 sur

la face interne de la petite lèvre droite cachée sous un repli de la muqueuse.

A la partie inférieure de cette même petite lèvre, presque vers la fourchette, on aperçoit une portion de la muqueuse plus blanche formant une tache de 10 millimètres de long sur 13 millimètres de large envoyant 2 petits prolongements vers la fourchette, pas de changement de consistance à la palpation, donc léger début de sclérose.

Examen des urines : Ni sucre, ni albumine.

Traitement : Attouchement au nitrate d'argent au 1/20.

Soins de propreté : Lotion à l'eau de camomille chaude 2 fois par jour. Puis poudrer à la poudre de talc.

8 janvier. — Les démangeaisons ont diminué très rapidement, pour disparaître complètement en 7 à 8 jours. Localement, à part la petite lésion scléreuse, la vulve est absolument normale.

Conclusion. — Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes.

1° Le début de sclérose qui aurait pu être considéré comme en relation avec les démangeaisons.

2° Surtout à cause du peu d'étendue et de la situation cachée des lésions d'herpès qui était bien, en effet, la cause réelle de prurit, comme y font penser le début récent, la douleur à la miction, la sensation de brûlure autant que de prurit, l'aspect un peu œdématié de la vulve appelant l'attention vers une lésion inflammatoire, enfin la guérison rapide.

OBSERVATION IV (*personnelle*)

PRURIT MÉDICAMENTEUX

Marie P..., 35 ans, vient consulter pour prurit vulvaire datant de trois semaines.

Aucune particularité dans les antécédents.

A eu deux grossesses normales et une fausse couche de 8 mois.

Règles régulières, un peu douloureuses. Depuis un an environ, caillots de sang et pertes plus abondantes. Pas de pertes blanches habituellement ; pourtant, depuis une quinzaine de jours, la malade a vu des filaments glaireux dans l'eau de ses injections, mais son linge n'est jamais taché.

Elle se souvient avoir eu autrefois du prurit vulvaire de façon toute passagère et ne saurait dire si c'était pendant une grossesse.

La malade n'est pas intoxiquée ; elle ne boit ni vin, ni thé, ni café, ni liqueurs, mais elle est très nerveuse.

Les crises de prurit ont débuté il y a trois semaines ; elles surviennent 3 à 4 fois par jour, très intenses, appelant irrésistiblement le grattage ; la plus forte est celle du soir, au moment où la malade se met au lit. Les démangeaisons siègent non seulement sur la vulve mais sur le pli génito-crural ; la face interne des deux cuisses. Légère cuisson à la miction.

Il y a huit jours, la malade ne pouvant venir nous voir, nous avait demandé un conseil, bien difficile à donner sans examen. Pourtant nous lui avions ordonné simplement des injections tièdes 3 fois par jour avec de l'eau de camomille et des lotions chaudes, le soir, au moment des fortes crises.

Lorsque nous l'examinons, le prurit a déjà diminué ; la face interne des cuisses n'est plus prurigineuse ; mais les démangeaisons sont devenues, dit-elle, « plus profondes » et siègent surtout à la face interne des grandes lèvres et au niveau du vestibule.

A l'examen, nous trouvons, sur la face interne des cuisses, une zone pigmentée s'avançant de 12 centim. environ au-dessus du pli génito-crural, sans lichénification ; les

grandes et les petites lèvres présentent, ces dernières surtout, une rougeur vive qui s'accentue en avant au niveau du capuchon du clitoris. Méat normal. Utérus de volume normal, est en antéflexion et antéposition ; le col regarde directement le cul de sac postérieur. Aucun écoulement. Ovaires sains.

Rien donc, dans l'examen de l'appareil génital, qui est est normal, ne vient expliquer le prurit. Nous cherchons sans succès une cause périgénitale. Enfin nous apprenons que depuis fort longtemps la malade ajoute à l'eau de ses injections, une petite quantité d'une eau de Cologne pour friction, peu alcoolisée. Il y a un mois, manquant de cette eau de Cologne, elle la remplaça pendant plusieurs jours par une solution mentholée qui lui avait été ordonnée pour fumigations et dont voici la formule :

Teinture d'Eucalyptus.....	50 gr.
Menthol.....	1 gr.

puis par une eau de cologne beaucoup plus forte que celle qui servait antérieurement.

Nous supprimons toute eau de toilette et nous prescrivons des injections uniquement à l'eau de camomille. Localement, pâte de zinc à l'ichtyol.

Très rapidement il y a amélioration, puis disparition du prurit. Mais deux mois après, alors que le prurit avait totalement disparu, la malade abandonne les injections de camomille pour reprendre des injections parfumées, ou antiseptiques (giraldose — sublimé — permanganate), à doses normales. Immédiatement le prurit reprend, avec une grande intensité ; lorsque la malade revient nous voir, nous trouvons de nombreuses excoriations sur les grandes et petites lèvres. Nous prescrivons de nouveau des injections de camomille et une pommade au sapolan, la malade n'ayant plus été soulagée par la pâte ichtyolée.

En 8 à 10 jours le prurit cesse.

Résumé. — Cette observation est particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. Elle montre d'abord la nécessité de ne conclure à un prurit essentiel, malgré un appareil génital sain, qu'après avoir éliminé toutes les causes de prurit. Elle nous apprend, en outre, qu'après une première crise de prurit, la vulve semble avoir été sensibilisée et ne supporte plus les eaux de toilette ou les antiseptiques qui ne provoquaient aucune réaction antérieurement. La seule cause prédisposante au prurit en général, est, ici, la nervosité de la malade.

OBSERVATION V (*personnelle*)

Syphilis et Blennorrhagie anciennes

Emilienne L..., 27 ans, bonne, vient consulter pour pertes abondantes et « boutons » datant d'un mois environ.

Rien de particulier dans les antécédants jusqu'à l'âge de 22 ans.

A cette époque, pertes abondantes avec prurit qui ont duré 2 à 3 mois ; soignée à Lariboisière, on lui ordonne des injections au permanganate qu'elle prend de façon très irrégulière, cessant dès que les pertes ont diminué et que le prurit a disparu.

En mars 1912, chancre de la vulve, roséole, plaques vulvaires et buccales. On ordonne à l'hôpital St-Louis, de la liqueur de Van Swieten ; soins très irréguliers, la malade prend ses pilules de façon très intermittente.

Depuis 1907, les pertes ont continué avec des accalmies et des recrudescences, mais le prurit n'a duré que pendant les deux premiers mois environ.

Depuis six semaines, les plaques muqueuses de la vulve ont pris une extension considérable et le prurit a réapparu, ce qui amène de nouveau la malade à l'hôpital St-Louis.

12 janvier 1913. — A l'examen, toute la vulve est recouverte d'énormes plaques hypertrophiques s'étendant jusqu'à l'anus. Une sécrétion abondante jaune couvre toute la lésion, tache abondamment le linge ; la face interne des deux cuisses est profondément irritée, rouge sur une hauteur de 10 à 12 centimètres.

La malade refuse l'hospitalisation. On lui conseille alors :

1) Injections au permanganate de potasse à 1 pour 4000, 2 fois par jour.

2) Badigeonnages au nitrate d'argent au 1/50, 2 fois par semaine.

3) Injections d'huile grise, la malade ne pouvant se soumettre aux injections solubles quotidiennes qui prendraient trop de temps, ni aux injections de Salvarsan qui nécessiteraient son entrée à l'hôpital.

Elle ne paraît pas être intoxiquée et bien que la nourriture soit parfois défectueuse, l'état général paraît bon ; un peu de constipation, mais les soins locaux d'hygiène la plus élémentaire manquent totalement.

Février 1913. — La malade a eu 3 injections d'huile grise et a pris ses injections de permanganate ; les lésions locales sont déjà modifiées, mais bien loin d'être guéries ; le prurit a diminué dès les premières injections vaginales.

Examen des organes génitaux internes : Col utérin : volumineux, rouge, lèvre postérieure doublée de volume ; en ectrapion, glaires au niveau de l'orifice.

Utérus un peu gros, rétrofléchi, rétroversé.

Annexes : rien à gauche ; à droite, ovaire sensible à la pression, un peu augmenté de volume.

Nous n'avons plus revu la malade.

Conclusions. — Prurit de cause toute locale qui, nous en sommes persuadé, aurait guéri facilement si la malade avait consenti à se soigner jusqu'à la guérison de ses lésions vulvaires. Son amélioration si rapide montre le peu de ténacité du prurit dans ces cas où l'état général n'intervient que pour une partie minime.

OBSERVATION VI (*personnelle*)

Prurit avec Syphilide

Noémie Ch..., 36 ans, blanchisseuse, vient consulter à l'hôpital St-Louis, pour un prurit vulvaire datant de 15 jours.

Rien à noter dans ses antécédents. 3 grossesses normales, sans prurit pendant leur évolution, mais éthylisme et caféisme. (Par jour plusieurs tasses de café — 1 litre de vin et du rhum de temps à autre).

Les crises de prurit ont débuté il y a 15 jours, au moment des dernières règles ; elles siègent surtout au niveau des petites lèvres et surviennent par crises durant seulement quelques minutes ; soulagées par le grattage, mais très fréquentes ; elles ne troublent pas le sommeil. La miction produit une cuisson au même niveau depuis 5 à 6 jours.

A l'examen, les grandes lèvres sont tuméfiées, rouges et cachent complètement les petites lèvres ; ni pigmentation, ni lichénification.

En écartant les grandes lèvres on aperçoit trois plaques muqueuses : l'une sur la face interne de la grande lèvre

droite, l'autre sur la face externe de la petite lèvre droite, exactement en face de la précédente, la troisième au niveau de la fourchette. Ça et là des excoriations linéaires, traces de coup d'ongles.

En recherchant les autres stigmates de syphilis, on ne trouve que des pléiades ganglionnaires disséminées mais peu volumineuses, sans qu'on puisse savoir où était le chancre. Aucune autre lésion ; enfin l'interrogatoire apprend que le mari est soigné à l'hôpital St-Louis, mais la malade ignore pour quelle maladie.

Urines normales.

Prise de sang : Réaction de Wassermann positive.

On met la malade en traitement par le biiodure de mercure ; localement, injections au bicarbonate de soude. Nons engageons vivement la malade a être plus sobre.

1er décembre. — Les démangeaisons ont diminué très rapidement sans autre traitement. Actuellement, seule la plaque muqueuse de la fourchette subsiste.

Nous n'avons plus revu la malade.

OBSERVATION VII (*personnelle*)

Prurit pendant la grossesse

Marguerite N..., 27 ans, ménagère, vient consulter le 10 novembre 1913 pour prurit datant de quelques jours. Elle est enceinte de 7 mois environ. Première grossesse.

On ne trouve dans les antécédants aucune particularité notable.

Réglée à 11 ans, normalement, règles tous les 28 jours,

d'une durée de 4 à 5 jours, très peu douloureuses. Dernières règles les premiers jours d'avril. Pas d'affection antérieure de l'appareil génital ; quelques pertes blanches devenues plus abondantes depuis 3 mois environ. Malade très nerveuse depuis sa grossesse ; paraît asez fortement caféique (2 à 3 tasses de café par jour).

Les crises de prurit ont débuté il y a une dizaine de jours, et sont de suite devenues extrêmement intenses ; pourtant elles ne troublent pas le sommeil. Il y a environ 4 à 5 crises par jour, mais il existe une démangeaison presque continuelle.

Localement : vulve tuméfiée ; grandes et petites lèvres volumineuses et sillonnées de grosses veines presque variqueuses, plus grosses qu'on le voit normalement à cette époque de la grossesse.

Peu de traces de grattage ; à peine quelques excoriations sur la face externe des grandes lèvres ; la malade, autant que possible, se gratte avec la chemise et non avec ses doigt, ne pouvant, dit-elle, s'empêcher d'écorcher la région si elle ne résiste pas à la tentation de gratter avec les ongles.

Pertes assez abondantes, sans gonocoques. Urines : pas de sucre, pas d'albumine.

Traitement : Injections tièdes au bicarbonate de soude, une fois par jour.

Matin et soir, lavage de la vulve avec de l'eau de camomille, puis onction avec la pâte de zinc ichtyolée au 1/20 ; enfin poudrer avec talc, bismuth, oxyde de zinc à parties égales.

25 novembre. — Les premiers soins locaux ont amené une amélioration rapide du prurit, mais aujourd'hui les démangeaisons ont repris l'intensité première.

Les urines examinées tous les deux jours ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On remplace les injections précédentes par des injec-

tions au permanganate de potasse, 1 pour 4000, et on ordonne de la pâte mentholée.

20 décembre. — Le prurit continue à s'améliorer sous l'influence du traitement ; mais reprend dès que les soins locaux sont un peu négligés.

L'examen des urines, continué tous les 2 jours, ne révèle rien d'anormal.

18 janvier. — La malade est accouchée le 7 janvier ; du 20 décembre jusqu'à l'accouchement les démangeaisons avaient plutôt augmenté et la malade était obligée de faire des lavages et des onctions 3 à 4 fois par jour ; les pertes étaient aussi devenues plus abondantes.

Après l'accouchement, le prurit a cessé immédiatement à tel point que la malade l'avait complètement oublié et ne s'en est souvenu que quelques jours après.

L'examen des urines n'a jamais révélé ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION VIII (*personnelle*)

PRURIT VULVAIRE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE. — PRURIT CHEZ LE MARI

Jeanne M..., 35 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 10 octobre, pour du prurit vulvaire. Rien à signaler dans les antécédents.

Une grossesse normale, il y a 5 ans ; ne se souvient pas avoir eu du prurit à ce moment. Règles normales. Pas de pertes blanches avant la grossesse.

Actuellement enceinte de 4 mois et demi environ. Depuis une dizaine de jours, la malade a ressenti, au ni-

veau de l'orifice vulvaire d'abord, puis se propageant sur la face interne des petites lèvres, des démangeaisons survenant par crises, environ 2 ou 3 par jour, sans aucune régularité dans leur apparition ; elles ne réveillent jamais la malade la nuit.

Localement, on ne trouve rien de plus que la rougeur violacée et un certain degré de tuméfaction avec varicosités comme cela est normal dans la grossesse.

Depuis un mois, pertes abondantes blanc jaunâtre, crémeuses épaisses ; jamais de douleurs à la miction.

Le mari se plaint de ressentir lui aussi, depuis quelques jours, des démangeaisons du gland qui surviendraient après les rapports sexuels. A l'examen, on trouve sur le gland de petites aires rouge vif desquamées ou en desquamation, de la grosseur d'un grain de millet, qui paraissent être le reliquat de vésicules, mais en aucun point on ne trouve de vésicules. Ces lésions évoluent en quelques jours, se guérissent par simple lavage à l'eau bouillie pour reparaître de nouveau après un rapport sexuel.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Traitement : Matin et soir, injections tièdes de 2 litres d'eau additionnée de tannin.

Pendant un mois et demi, la malade essaie successivement les injections de tannin, d'eau néolée (addition d'une cuillerée à soupe de néol pour un litre d'eau bouillie), de bicarbonate de soude (1 cuillerée à soupe par litre d'eau bouillie), de permanganate à 1 pour 2000, de nisanicline.

Chaque fois qu'elle change de médication, elle obtient un soulagement de quelques jours, puis les crises de prurit reprennent, mais avec moins d'intensité. Au début, elles ne reprennent leur intensité première que si la malade cesse toute injection pendant quelques jours.

Les urines examinées deux fois par semaine n'ont jamais présenté ni sucre ni albumine.

On ne trouve chez elle aucune affection de la peau, par ailleurs, et elle n'en a jamais présenté.

Février. — La malade, enceinte de 8 mois ½, revient parce que, depuis quelques jours, les crises de prurit ont reparu plus intenses et persistent malgré les injections répétées, les lavages avec des solutions antiprurigineuses.

Pour la première fois on trouve des lésions de grattage sur la vulve, excoriations sur les grandes lèvres, rougeur intense des petites lèvres, tuméfaction notable de toute la région. De plus, au niveau des plis génito-inguinaux et sur 2 à 3 millimètres au niveau de la partie adjacente de la face externe des grandes lèvres, on trouve des saillies papillomateuses formant des grains rosés peu élevés mais confluant en une nappe de plusieurs centimètres d'étendue, végétations peu élevées avec épithélium macéré. Aucune végétation sur le reste des organes génitaux. Les pertes sont plus épaisses, sorte de crême jaunâtre. Examinées, elles ne contiennent pas de gonocoques.

Le mari ne présente aucune lésion, il n'a plus eu de rapports sexuels avec sa femme depuis plus d'un mois.

Traitement. — Lavages au permanganate de potasse, puis poudre de talc.

Avril. — La malade revient 4 semaines après son accouchement ; elle est complètement guérie. Les végétations sont tombées d'elles-mêmes « comme de la peau morte », dit la malade. Elle n'a plus eu aucune démangeaison et localement on ne trouve qu'une teinte brunâtre de la peau.

En résumé, prurit vulvaire intense chez une femme enceinte, causé surtout par l'irritation des pertes continuelles, terrain ne présentant pas de prédisposition marquée ni tare nerveuse avant la grossesse. Amélioration facile et guérison immédiate avec la cessation de la cause.

OBSERVATION IX (*personnelle*)

PRURIT CHEZ UNE ARTHRITIQUE AVEC MÉTRITE CHRONIQUE ET INSUFFISANCE OVARIENNE. — PRURIT CHEZ LE MARI

Elise S..., 42 ans, ménagère, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 12 février 1913, pour prurit vulvaire datant de 20 ans, mais n'ayant augmenté que depuis trois mois.

Mariée à 20 ans, a eu deux enfants. Grossesses et accouchements normaux. Réglée à 15 ans, règles irrégulières, toutes les 5 à 6 semaines, peu abondantes durant environ 3 jours.

Depuis longtemps, peut-être une dizaine d'années, pertes blanches tachant le linge. Soignée il y a 5 ans pour métrite ; pendant 4 à 5 mois, elle a pris des injections au permanganate de potasse et un médecin faisait, deux fois par semaine, un pansement vaginal avec tampon médicamenteux.

Le début des démangeaisons remonte à une vingtaine d'années, au moment de la première grossesse ; assez fortes, surtout les trois derniers mois, elles cessent après l'accouchement, apparaissent ensuite au moment des règles seulement ; puis à la 2e grossesse, à 26 ans, où elles sont peut-être moins fortes que la première fois, mais la malade ne peut pas très bien préciser. La malade ne sait plus si après l'accouchement elle a été quelque temps sans démangeaisons ; en tous cas elles auraient peu cessé ; pourtant elles ne devaient pas être très intenses, car lorsque la malade a été soignée pour sa métrite, elle n'en a pas parlé à son médecin.

Depuis environ 3 mois, le prurit a brusquement augmenté sans cause apparente.

Il réveille souvent la malade dans la nuit ; les crises sont très irrégulières dans leur évolution ; elles durent tantôt quelques minutes, tantôt ½ heure, parfois même une heure ; environ 5 à 6 crises dans la journée, 1 ou 2 la nuit. Les rapports sexuels déterminent parfois, mais non de façon constante, des crises extrêmement intenses. De plus, depuis un mois environ, le mari se plaint de démangeaisons vives au niveau du gland. Ces démangeaisons se calment par simple lavage à l'eau bouillie et abstention de rapports sexuels et reprennent après nouveau rapport. Il y aurait, dit la malade, des « petits boutons rouges de la grosseur d'une tête d'épingle et ronds » nous n'avons pu constater la nature des lésions, le mari n'ayant pas voulu venir à l'hôpital.

Examen : Malade obèse, quelques jointures un peu déformées au niveau des mains ; la malade a depuis longtemps des douleurs rhumatismales.

Localement : Vulve paraissant saine au premier abord, ni rougeur diffuse, ni tuméfaction ; sur la face interne des deux cuisses, à leur partie supérieure, quelques vésicules d'eczéma, disséminées ou réunies en petits placards atteignant à peine le volume d'une pièce d'un franc ; on trouve deux de ces placards au ninveau du pubis.

En regardant de plus près, on trouve une léchinification nette sur toute la partie supérieure des deux cuisses sur la face externe des grandes lèvres, ces deux points présentant en outre une pigmentation brunâtre peu foncée.

Les petites lèvres, normales sur leur face externe, sont sur la face interne, d'un rouge très vif qui tranche fortement sur la coloration du reste de la vulve ; le clitoris et le capuchon présentent une coloration moins accentuée, mais celle-ci garde son intensité au niveau de l'orifice vaginal.

Utérus volumineux, rétrofléchi ; col notablement augmenté de volume, surtout au niveau de sa lèvre postérieure ; pertes blanc-jaunâtres glaireuses, pas très abondantes.

Ovaires : gauche, normal ; droit, légèrement augmenté de volume, un peu sensible à la palpation.

Examen microscopique des pertes. — Pas de gonocoques, cocci en abondance, cellules du vagin desquamées, quelques globules de pus, réaction acide au tournesol.

Examen des urines : Ni sucre, ni albumine.

Etat général. — La malade a toujours été grosse ; à 25 ans, elle se privait de nourriture pour ne pas engraisser, mais sans aucun résultat ; les pertes menstruelles sont peu abondantes et toujours en retard ; les urines tachent souvent le vase en formant un dépôt rouge. En somme, arthritique avec nutrition ralentie, sécrétion ovarienne insuffisante, par conséquent bon terrain pour le développement d'un prurit ; la métrite chronique localise ce prurit à la vulve.

Traitement. — Application d'eau vinaigrée chaude au moment des crises ; injections matin et soir au bicarbonate de soude, puis onction avec une pommade mentholée au 1/100.

Sur le col : attouchements 2 fois par semaine à la teinture d'iode fraîche ; puis tampon de glycérine ichtyolée au vingtième.

Régime alimentaire sévère avec suppression de tout excitant ou toxique.

20 février 1913. — Depuis 10 jours, la malade a eu 4 pansements vaginaux ; les démangeaisons ont perdu leur intensité récente et la malade n'est plus réveillée pendant la nuit ; mais elles existent encore le soir et pendant la journée. Actuellement, le mari ne présente ni prurit ni lésion du gland ; il n'y a pas eu de rapports sexuels depuis environ 3 semaines.

25 mars. — Les dernières règles ont été beaucoup plus abondantes que normalement et ont duré 10 jours ; peut-être premier symptôme de la ménopause.

Localement, on continue le traitement utérin ; depuis un mois, 2 fois par semaine, on place sur le col une ventouse afin d'amener une décongestion plus rapide, puis on place un tampon glycériné simple.

Le prurit, après l'amélioration rapide du début, reste stationnaire. Nous prescrivons un traitement par l'extrait d'ovaire à la dose de 0 gr. 10 centigrammes par jour, 20 jours par mois, puis repos de 10 jours.

15 juin 1913. — La malade est très notablement améliorée ; les règles ont été normales pendant ces deux dernières périodes et surtout le prurit a considérablement diminué, presque disparu.

En outre, la malade nous signale que les maux de tête qu'elle ressent souvent ont été moins fréquents dans ces derniers temps.

La métrite du col est très améliorée ; le traitement utérin a été continué, avec quelques irrégularités : Le mari ne se plaint plus du prurit après les rapports sexuels.

Les plaques de lichénification sont beaucoup moins visibles ; il n'y a plus d'eczéma, ni de rougeur des petites lèvres.

OBSERVATION X (*personnelle*)

PRURIT AVEC MÉTRITE CHRONIQUE CHEZ UNE NERVEUSE

La nommée Cécile A..., 38 ans, couturière, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 14 novembre 1913 pour un prurit datant de 6 mois environ.

Réglée à 17 ans, toutes les 3 semaines, règles durant 4 à 5 jours.

A toujours eu des pertes blanches qui augmentèrent après son mariage, sans changer d'aspect, sans douleur à la miction.

Une seule grossesse en 1903, enfant bien portant ; pas de prurit à ce moment.

Malade très nerveuse, émotive, pleurant facilement. Elle ne paraît pas intoxiquée, elle prend une tasse de café tous les jours après son déjeuner.

La malade a toujours été un peu nerveuse, mais cette tendance s'est fortement accusée depuis la mort de son mari survenue accidentellement (chute d'un toit pendant son travail) il y a 5 ans.

Début de l'affection actuelle. — Il y a 6 mois environ, éruption de furoncles sur la face interne des deux cuisses et en même temps début des démangeaisons d'abord peu intenses, elles augmentent rapidement sans pourtant troubler le sommeil. Elles présentent leur maximum d'intensité au niveau des grandes lèvres, mais s'étendent dans la région périgénitale. Elles surviennent par crises, environ 3 à 4 par jour ; l'une d'elles fixe, très violente le soir, les autres dans la journée à intervalles irréguliers ; en quelque endroit qu'elle soit, la malade ne peut résister au besoin de se gratter. Etant ouvrière à la journée, elle voit avec terreur arriver ses crises de prurit et vit sous une appréhension continuelle qui, dit-elle, a fortement modifié son caractère ; elle craint d'être obligée de cesser son travail.

Comme traitement, elle a essayé les lavages à l'eau très chaude au moment de la crise du soir ; et le matin, des lavages à l'eau savonneuse d'abord, puis des badigeonnages au savon noir, pendant quelques minutes, sur la partie supéro-interne des cuisses et la partie inférieure

de l'abdomen. Les furoncles ont disparu mais les démangeaisons ont persisté.

La malade ne sait à quelle cause attribuer les démangeaisons ; elle n'a remarqué aucune modification ni dans les pertes ni dans l'état général à leur apparition ; mais depuis elle est devenue beaucoup plus nerveuse et ne peut penser à autre chose, enfin avoue-t-elle, elle craint d'avoir un cancer et elle est très fortement tourmentée par cette idée.

A l'examen on note : brûlure très superficielle avec desquamation en quelques points sur les parties badigeonnées au savon noir. Sur la face interne des cuisses 5 ou 6 points de folliculite suppurée.

Grandes lèvres rouges, tuméfiées, 3 excoriations à droite dues au grattage, une fissure de 4 millitmètres de long au niveau de la fourchette. Reste de la vulve normal.

Au toucher, on trouve un col utérin rouge vif, très gros, paraît triplé de volume ; orifice béant admettant l'extrémité de l'index, exulcérations sur les deux lèvres, toutes deux en ectropion.

Corps utérin de volume normal en antéflexion, antiposition.

Ovaires normaux.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Suppression du savon noir. Lavage à l'eau d'alibour diluée, puis pâte blanche.

Continuer les lotions chaudes le soir en y ajoutant une cuillerée à soupe de vinaigre par litre.

Deux fois par jour injections au permanganate de potasse à 1 pour 2000.

Deux fois par semaine, attouchement du col à la teinture d'iode, puis pansement vaginal avec tampon glycérine echtyolée au 1/20.

Attouchement de la fissure au nitrate d'argent au 1/20.

Régime alimentaire sévère, la malade allant en journée, a une alimentation très irrégulière.

28 décembre. — Les démangeaisons qui avaient notablement diminué ont reparu au moment des règles.

Sur la face interne des cuisses, 7 petits furoncles nouveaux.

Diminution des pertes. Amélioration de la métrite du col.

25 janvier. — Le traitement a été continué sans interruption ; les pertes ont encore diminué ; les crises de prurit sont à peine marquées sauf au moment des règles.

20 mars 1913. — La malade n'a eu aucune crise de prurit depuis 15 jours.

Les pertes ont disparu ; le col utérin a repris un aspect à peu près normal.

Les urines analysées à plusieurs reprises, n'ont jamais montré ni sucre ni albumine.

25 novembre 1913. — La malade revient nous voir pour une bronchite légère ; nous pouvons constater que la guérison du prurit s'est maintenue, il n'y a eu aucune crise même au moment des époques menstruelles.

En résumé : Malade atteinte de métrite chronique du col depuis une dizaine d'années qui, sans cause apparente, fait une éruption furonculeuse et des crises de prurit. Peut-être y avait-il eu quelque intoxication gastro-intestinale ; remarquons que la malade est une nerveuse chez laquelle la suppression du café, et aussi la tranquillité morale sur l'affirmation absolue qu'il n'y avait pas cancer, ont pu influer. Le prurit a suivi l'évolution de la métrite, guérissant avec elle.

OBSERVATION XI (*personnelle*)

PRURIT AYANT DÉBUTÉ A L'OCCASION D'UNE INFECTION GONOCOCCIQUE SUR TERRAIN INTOXIQUÉ. — PERSISTANCE APRÈS LA GUÉRISON DE L'INFECTION.

Le 12 novembre 1912, Mme Berthe G.., 35 ans, vient à l'hôpital Saint-Louis pour un prurit vulvaire datant de 5 ans.

Comme accidents héréditaires rien à noter.

Personnellement, bonne santé jusqu'à 25 ans. A ce moment, fatigues, surmenage. La malade « pour se remonter » prend du café 2 et 3 fois par jour. Elle reconnaît que depuis ce temps-là elle est devenue beaucoup plus nerveuse, plus irritable, alcoolisme probable.

Règles normales depuis l'âge de 13 ans, peu douloureuses, durée 3 ou 4 jours. Pas de pertes blanches.

Mariée à 30 ans, elle a presque aussitôt après des pertes abondantes jaunes, verdâtres, avec vives douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche, probablement début de salpingite. En même temps apparaît du prurit vulvaire : soignée en ville par du repos au lit, injections au permanganate, les écoulements et les douleurs diminuent puis disparaissent. Quatre ou cinq mois après elle est considérée comme guérie. Mais le prurit qui avait rétrocédé facilement sous l'influence des soins locaux, persiste d'une façon intermittente. A peine marqué, et même souvent nul pendant la période intermenstruelle, il reparaît d'une façon constante pendant les règles, débutant, presque toujours, avant l'apparition de celles-ci et persistant 1 ou 2 jours après.

Il n'y avait pendant les quatre premières années qu'une seule crise intense le soir, avec quelques démangeaisons

pendant la journée. Le sommeil de la malade n'était jamais troublé. Depuis un an, et surtout depuis quatre mois, les crises de prurit sont beaucoup plus intenses et plus fréquentes : 5 à 6 crises dans la journée, et souvent au milieu de la nuit. De plus la période intermenstruelle n'est plus une période d'accalmie absolue, et les crises de prurit peuvent apparaître plusieurs fois coïncidant avec une constipation plus opiniâtre (la malade est constipée habituellement) parfois sans cause connue.

Localement : Vulve non tuméfiée, pas de rougeur diffuse ; grandes lèvres brunâtres, allongées, flasques surtout à droite où l'on trouve sur la face externe et sur la partie du pli de l'aine adjacente, une lichénification très nette : c'est là que se trouve le maximum du prurit. Petites lèvres même état de flaccidité. Capuchon du clitoris volumineux, un peu rouge.

Pertes extrêmement peu abondantes. Pourtant un coton sec placé dans le vagin pendant 24 heures est humecté au niveau de lapartie en contact avec le col utérin, par un liquide légèrement jaunâtre dans lequel on ne trouve pas de gonocoques, mais seulement quelques coccis banaux.

Organes génitaux internes normaux.

Comme traitement, la malade s'est soignée elle-même par des injections et des lotions très chaudes qui amènent une sédation temporaire.

Conclusion. — Prurit né à l'occasion d'une métro-vaginite aiguë et ayant persisté. Probablement dû à des causes internes, peut-être intoxication caféique et constipation.

Traitement. — Tous les jours injection d'eau bouillie additionnée de bicarbonate de soude. Localement pâte mentholée. Surtout suppression totale de café. Régime alimentaire.

1er décembre. — La malade a éprouvé un réel soulagement dès les premières applications de la pommade, mais

il n'a été que passager, et actuellement le prurit présente les mêmes caractères d'intensité qu'auparavant.

La malade avoue avoir diminué la quantité de café qu'elle prenait sans l'avoir supprimé complètement. Nous l'engageons vivement à la suppression totale du café en continuant le même traitement.

20 décembre. — La malade se trouve nettement améliorée. Elle dit avoir suivi son régime un peu plus sévèrement, mais elle prend encore du café de temps à autre.

Elle a encore eu des démangeaisons au moment de la dernière période menstruelle, mais elle n'a rien ressenti dans l'intervalle.

Nous n'avons plus revu la malade.

OBSERVATION XII (*publiée par M. le Docteur Morestin, Annales de Dermatologie, 1907*)

PRURIT AVEC LEUCOPLASIE. — EXCISION DE LA VULVE

Agée de 45 ans, cette femme a eu autrefois 2 enfants, puis 4 fauses-couches résultant, elle l'avoue, de manœuvres abortives. Nerveuse, un peu inconsciente, médiocrement sociable, très agitée, très bizarre, elle ne paraît pas avoir eu la syphilis. Du moins rien dans son passé, ni dans son état actuel ne permet d'en retrouver aucun indice.

En 1901 elle a commensé a souffrir de démangeaisons vulvaires au niveau de la grande lèvre du côté gauche. On lui a fait des lotions au protargol, des applications de teinture d'iode, des attouchements avec une solution de

bichromate de potasse sur une plaque blanche révélée dès les premiers examens.

En 1904, elle a subi un traitement radiothérapique qui a fait rétrocéder la leucoplasie. Elle a été soumise aux courants de haute fréquence qui ont diminué le prurit.

Mais les démangeaisons ont reparu en un temps très court et n'ont pu cesser d'être intenses, surtout la nuit, quand la malade est couchée. Elles sont réveillées par le moindre attouchement. La malade s'est, pour cette raison, interdit tout rapport sexuel,

La miction est aussi une cause provocatrice de prurit ; pour atténuer les effets à ce point de vue, elle urine dans un bidet plein d'eau.

L'examen montre des altérations remarquables, et considérablement étendues de son revêtement cutanéo-muqueux, prédominents dans la moitié gauche où elles ont débuté.

Toute la face interne de la grande lèvre gauche, la petite lèvre gauche, la fourchette, la plus grande partie de la petite lèvre droite et la face interne de la grande, toute la muqueuse du vestibule jusqu'aux caroncules, sont couvertes de plaques blanchâtres d'un blanc plus ou moins éclatant, absolument comparable à la leucoplasie linguale.

Ces plaques sont incorporées au derme. Elles résultent d'une modification du revêtement muqueux qui offre à la pression une certaine résistance comparable à celle d'un cuir assez souple.

A la surface de certaines plaques, de la moitié gauche de la grande lèvre notamment, on note quelques productions papillomateuses présentant une teinte rougeâtre ou gris rosé. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse là d'épithélioma.

Sur le contour de la vulve et le périné, aux limites des plaques blanches, on voit un liseré rouge en relief, liseré

qui entre la vulve et l'anus devient une large bande au niveau de laquelle la peau est extrêmement irritée et excoriée. Plus excentriquement encore, autre liseré blanc et plus large, un ou deux centim. où la peau est lisse, décolorée, dépigmentée. Le vagin est absolument indemne, l'utérus sain ainsi que les annexes. Pas de vaginisme. Aucune tendance à la coarctation de l'anneau vulvaire. Le clitoris, l'orifice de l'urètre et la zone intermédiaire sont sains.

Le 8 décembre, je pratiquai l'extirpation de ces lésions, c'est-à-dire l'ablation du revêtement cutaéo-muqueux de la vulve, presque en totalité jusqu'aux caroncules.

Pour cela 2 incisions curvilignes dessinant un grand croissant dont la pointe en avant répondait à la partie antérieure des grandes lèvres.

L'incision externe descend sur la face externe des grandes lèvres, vient passer tranversalement au-devant de l'anus, l'autre longeant le clitoris et passant à un centim. de l'orifice urétral gagnant le plan des caroncules nuptiformes qu'elle suivait sur le contour presque entier de l'orifice vulvo-vaginal. Toute la partie comprise entre les deux, est disséquée et incisée. Ainsi : vaste plaie. Suture : on libère la peau. On décolle à droite et à gauche 6 à 7 c. Puis le vagin est désenserré, décollé en arrière et mobilisé. Il se laisse attirer, étaler, éverser et suturer à la peau, la muqueuse vaginale en arrière et latéralement. En avant j'ai pu réunir directement les bords de la plaie au niveau de chacune des pointes qu'elle formait.

Les suites sont très satisfaisantes. Les fils ont coupé en arrière mais, néanmoins, la réunion du vagin à la peau s'est effectuée primitivement d'une façon presque complète. Les petites portions où la réunion d'emblée n'avait pas été obtenue, se sont cicatrisées secondairement dans un court délai.

La malade a quitté la maison Dubois le 2 janvier.

Depuis l'opération, elle se porte bien. Pas de démangeaison. Elle urine sans appréhension. Le sommeil est revenu. La vulve simplifiée par l'opération ne paraît pas pour cela mutilée. Les grandes lèvres sont en partie reconstituées et l'ensemble n'offre rien d'anormal ou de choquant.

OBSERVATION XIII (*personnelle*)

PRURIT AVEC LEUCOPLASIE CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE PRURIT GÉNÉRALISÉ

Mme D..., 59 ans, vient consulter à l'hôpital Broca pour un prurit vulvaire datant de 13 ans. (Février 1913).

Réglée normalement à 16 ans ; règles durant 3 à 4 jours indolores.

Mariée à 21 ans, elle a eu 6 grossesses ; 3 enfants sont vivants et bien portants ; 2 sont morts à 1 et 6 mois, enfin une fausse couche de 6 semaines environ. Dès le premier accouchement, il y aurait eu déchirure du périné non suturée. La dernière grossesse date de 19 ans. La ménopause s'est faite à 52 ans ; de 51 ans à 52 ans, les règles ont été espacées de 2 à 3 mois et très abondantes.

De 42 à 48 ans, la malade a souffert de vives douleurs anales, dues, dit-elle, à des hémorrhoïdes avec fissures, diagnostic fait à l'hôpital Cochin.

En 1900 (48 ans), elle est opérée par Bouilly qui fait une périnéorraphie pour prolapsus utérin avec rectocèle et cystocèle.

De cette époque date le prurit vulvaire. Quelque temps après son début, la malade voit apparaître des « boutons

rouges » au niveau de la vulve en même temps que le prurit augmente d'intensité. Vers la même époque se développe du prurit généralisé coïncidant avec une éruption d'éléments isolés, disséminés surtout sur les 4 membres et que la malade appelle de « l'eczéma » d'après un diagnostic fait en 1904 par un médecin de ville.

De 1904 à 1910, elle est soignée par ce médecin avec des pommades ; des pointes de feu sur la vulve sans améliorations durables.

En 1910, elle entre dans le service du docteur Hartmann où on fait le diagnostic de cystocèle avec leucoplasie vulvaire. Elle y reste de décembre 1910 à mars 1911, traitée par des applications vulvaires de radium, peut-être une dizaine, elle ne saurait préciser. Ce traitement n'amène pas de diminution du prurit de la vulve ; elle a alors une forte pousssée généralisée de son éruption cutanée qu'elle va faire soigner à l'hôpital Saint-Louis, service du Docteur Balzer ; un mois après, l'éruption, traitée par des pommades, a à peu près disparu.

Récidive en juin 1911, soignée à l'hôpital Broca service du docteur Janselme. Amélioration.

Pendant toute cette période le prurit vulvaire persiste.

En novembre 1911, elle va pour ce prurit à la consultation de M. le professeur Pozzi, on fait le diagnostif de leucoplasie avec début de kraurosis.

La malade est confiée à M. le docteur Léopold Lévi. Pendant deux mois elle prend des cachets d'extrait thyroïdien ; elle ne se souvient plus du nombre exact de cachets — probablement, dit-elle, un cachet tous les deux jours — Légère amélioration du prurit au début, puis l'état redevient ce qu'il était antérieurement.

De janvier à avril 1912 elle est soignée à l'hôpital St-Louis, service de M. le docteur Brocq ; on lui donne bains statiques et plusieurs séances de rayons X de 4 H. Peu d'amélioration.

De juin 1912 à janvier 1913, elle va deux fois par semaine à l'hôpital Broca, service du professeur Pozzi, où on fait des séances de douches d'air chaud.

Etat de la vulve en février 1913. — Vulve sèche, sclérosée. Lésions de grattage sur la face interne des cuisses et dans le sillon génito-crural. Lichénification légère.

Grandes lèvres affaissées, flétries ; sur leur face interne coloration plus blanche que normalement ; face externe, pas de pigmentation anormale.

Petites lèvres atrophiées ; sur leur face interne on trouve plusieurs petites plaques d'un blanc crémeux, extrêmement adhérentes ; d'une consistance ferme, absolument indolores ; on en trouve 2 à droite et 3 à gauche, plus petites.

Méat béant. Clitoris saillant. Capuchon dur, volumineux, œdématié ; c'est le point le plus lésé. Sa face interne est entièrement tapissée par une nappe blanc nacré, très indurée qui lui donne une véritable rigidité. A sa racine fissure s'étendant presque jusqu'au méat, longue de 3 à 4 millimètres, peu profonde ; sensible à la palpation ; douleur à ce niveau pendant la miction. Les deux faces externes présentent le même aspect nacré, lisse, induré, mais au lieu d'un placard continu, on trouve 2 plaques sur la face droite et 1 à gauche, cette dernière prenant à sa partie inférieure une teinte jaunâtre. Ces plaques vont à droite et à gauche rejoindre les plaques que nous avons signalées sur la face interne des grandes lèvres engaînant la base du clitoris. Dans la portion non recouverte par ces plaques, la muqueuse est rose pâle, lisse.

Au niveau de la fourchette, deux lésions semblables, leuticulaires, extrêmement prugineuses.

Pas de pertes blanches. Cystocèle et Rectocèle.

Vagin lisse, pâle. Utérus petit, antéfléchi. Annexes normaux.

Les crises de prurit sont extrêmement intenses ; elles

surviennent surtout dès que la malade est au lit, et durent presque toute la nuit, laissant à peine une ou deux heures de repos. Elles seraient un peu calmées par la position assise. Dans la journée, une à trois crises beaucoup moïns intenses.

La lésion prurigineuse cutanée est formée par de très grosses papules, disséminées sur les membres sans prédominences spéciales sauf au cou de pied où elles sont plus abondantes.

On fait appliquer sur ces lésions des pommades antiprurigineuses et on commence au niveau de la vulve des séances de douches filiforme sous la direction de M. le docteur Veyrière, service du docteur Brocq, à l'hôpital Saint-Louis.

Juin 1914. — Depuis un an nous avions perdu de vue la malade ; nous la retrouvons à peu près dans le même état ; en pleine poussée de son éruption cutanée.

Depuis que nous ne l'avons vue, la malade a continué pendant un mois les douches filiformes locales qui n'ont donné qu'une amélioration passagère au niveau de la vulve, mais qui soulageaient nettement les crises de prurit cutané, amenant une diminution de volume des papules.

Elle a été traitée par M. le docteur Ravaut qui a fait faire, en deux séries, 30 injections de 15 à 20 centimètres cubes du sang de la malade. L'auto-hématothérapie n'a été suivie d'aucune amélioration pas plus au point de vue cutané que vulvaire.

Cette malheureuse a donc, jusqu'ici, essayé de multiples traitements sans aucun succès : air chaud, douche filiforme, traitement thyroïdien, auto-hématothérapie, radium, rayons X, bains statiques ; elle est encore actuellement entre nos mains et sur les conseils de notre maître. M. le docteur Brocq, nous allons essayer les scarifications linéaires.

Actuellement, il existe une leucoplasie nette au niveau

du clitoris, formant surtout une plaque blanche, un peu terne, non nacrée à la face inférieure du capuchon qui, depuis que nous soignons la malade est et reste indurée.

La vulve est sclérosée, mais il n'y a pas à proprement parler, kraurosis vrai. Ces lésions ont débuté aux approches de la ménopause ; vers la même époque, l'évolution d'une fissure anale a pu encore favoriser la localisation vulvaire du prurit.

Mais elle présente en outre un prurit presque généralisé, avec prédominance sur les membres. Les éléments papuleux que nous avons déjà signalés et dont l'étude complète sortirait de notre sujet, ne serait autre, pour M. Brocq, qu'une conséquence du grattage ; une lichénification toute particulière qu'il a déjà signalée et dont l'élément rappelle le lichen obtusus.

OBSERVATION XIV (*personnelle*)

PRURIT VULVAIRE CHEZ UNE DIABÉTIQUE

Mme B... S..., 55 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, pour prurit et eczéma vulvaire datant de deux mois environ.

Un peu obèse, de bonne santé habituellement, elle ne présente rien de notable dans ses antécédents.

Réglée à 12 ans, normalement, 3 ou 4 jours par mois. La ménopause s'est faite il y a deux ans, à 53 ans, sans incidents.

Mariée à 20 ans, elle a eu 5 grossesses, 4 normales avec

enfants actuellement vivants de 28, 25, 21 et 11 ans, et une fausse-couche de 4 mois à sa troisième grossesse.

Habituellement, pas de pertes blanches, ni jaunâtres. Prend « assez régulièrement » des injections d'eau bouillie ou de feuilles de noyer.

A l'examen de la malade, en dehors des régions prurigineuses, rien à noter sauf sur la face dorsale de la langue au niveau de la ligne médiane ; une plaque lisse, de coloration rosée normale, mais complètement dépupillée, allongée dans le sens antéro-postérieur, longue de 5 m/m, à une distance de 5 m/m du V lingual. Interrogée à ce sujet, la malade se souvient qu'elle a eu, il y a quelques mois (peut-être 2 ou 3 mois), quelques placards rouges sur la langue et au niveau des deux commissures. Elle s'est soignée pendant quelques jours avec du nitrate d'argent en crayon que lui a donné un pharmacien, elle a pris des bains de bouche à l'eau oxygénée, et tout a guéri rapidement.

Rien sur les amygdales ni sur le reste de la muqueuse linguale.

Début de l'affection actuelle. — Il y a deux mois, sans cause apparente, la malade ressent des picotements, puis des démangeaisons vives au niveau de la vulve ; à ce moment il n'y aurait eu aucun signe physique, ni rougeurs, ni « bouton » quelconques. Puis 10 ou 15 jours après, débute l'irruption qui s'étend très rapidement, et en 8 ou 10 jours atteint les proportions actuelles. Les démangeaisons sont extrêmement vives, et la malade ne peut se soulager que par des lotions à l'eau tiède, si elle ne résiste pas au besoin de se gratter. Les démangeaisons deviennent intolérables, et s'accompagnent d'une sensation de vive brûlure, elle ressent de la cuisson à la miction.

Actuellement, 23 novembre 1912, la vulve entière est rouge et tuméfiée ; les grandes lèvres très tuméfiées aussi,

presque doublées de volume, sont dun rouge très vif et parsemées d'un semis de points humides, qu'on reconnaît être des vésicules avortées par suite de la desquamation de l'épithélium.

Les petites lèvres d'un rouge un peu moins vif présentent les mêmes lésions.

Une rougeur diffuse avec le même semis de points humides s'étend sur la face interne de la cuisse, le pli de l'aine, son bord situé à 7 ou 8 centimètres de ce pli est irrégulier, déchiqueté et présente des vésicules nettes. Tout le tiers supérieur de la face interne de la cuisse présente des vésicules aberrantes très nombreuses. Quelques-unes sont infectées et forment des pustulettes avec goutelettes de pus du volume d'une tête d'épingle. Sur la face postérieure de la cuisse droite, au tiers moyen, furoncles en pleine évolution.

En haut, la lésion s'avance sur l'abdomen, envahit un repli graisseux sus-pubien réservant un petit triangle au niveau du mont de Vénus. Là se trouvent seulement des vésicules sans rougeur. De même qu'à la cuisse la limite n'est pas nette, et le bord en est difficile à trouver. Toutes ces surfaces sont humides et dans les replis, entre les grandes et les petites lèvres, et les replis génitaux-cruraux, on trouve un enduit blanc crémeux qu'un examen microscopique montre formé de cellules épithéliales et d'un mycélium.

L'aspect général de la lésion est celui que l'on a décrit sous le nom d'eczéma rubrum, et fait penser à l'existence du sucre dans les urines. On trouve en effet du sucre en quantité notable, pas d'albumine.

L'examen du vagin et de l'utérus ne peut être fait par suite des cuissons intolérables que provoque le moindre attouchement.

Actuellement, le prurit du début persiste mais s'accom-

pagne d'une sensation de cuisson, de chaleur dont la malade se plaint beaucoup.

23 novembre. — La malade entre à l'hôpital St-Louis, on la met au traitement suivant :

3 fois par jour lavage à l'eau d'alibour, très diluée, puis poudrer avec de la poudre de talc.

Tous les soirs, injection vaginale de 2 litres d'eau de sureau additionnée de 1 gr. de borax.

Les urines (1 litre 300 dans la journée), contiennent 18 gr. 55 de sucre par litre.

La malade n'avait jamais fait analyser ses urines, et, à part la lésion vulvaire, n'avait jamais ressenti aucun trouble. On institue le régime diabétique, et on ajoute, comme traitement l'antipyrine à la dose de 5 grammes par jour.

1er *décembre.* — Très grosse amélioration, la rougeur est extrêmement atténuée ; il n'y a plus de vésicules nouvelles, le suintement n'existe plus ; les démangeaisons persistent mais, dit la malade, elles sont devenues supportables. On peut alors faire un examen complet des organes génitaux. L'utérus est peu volumineux, en antéflexion et antéposition ; le col est petit, en régression avec orifice en cupule, les ovaires sont normaux.

Les urines ne contiennent plus de sucre.

5 décembre. — L'amélioration locale a continué, les démangeaisons n'existent plus, il ne reste qu'une rougeur diffuse de toute la vulve. Mais sur la face antérieure de l'avant-bras droit se trouve un petit placard d'eczéma, vésicules sur fond erythémateux de la grandeur d'une pièce de 2 fr. Un autre identique près du coude, avec légères démangeaisons à ce niveau. La malade quitte l'hôpital sur sa demande. Elle n'est plus revenue à la consultation.

En résumé : Diabétique avec quantité peu importante de sucre disparaissant très rapidement des urines sous l'influence du traitement et du régime approprié, et qui pourtant fait un prurit et une éruption énorme. Nous

regrettons vivement de n'avoir pu suivre plus longtemps cette malade. Il est probable que le début d'eczéma qui se faisait au niveau du bras a dû continuer son évolution.

OBSERVATION XV (*due à l'obligeance de M. le docteur Brocq, extraite du mémoire inédit dont nous avons déjà parlé*)

KRAUROSIS VULVŒ. — LEUCOPLASIE ET LICHEN PLAN

Le 30 juin 1913 j'ai vu dans mon cabinet une femme de 59 ans, couturière, qui souffrait depuis 3 ans environ d'un prurit vulvaire.

Il y a environ un an elle avait consulté un médecin qui lui avait dit qu'elle « avait par en bas la maladie des fumeurs ».

Depuis une dizaine de jours souffrant de plus en plus de prurit et étant forcée de se gratter presque continuellement, elle était allée voir un autre médecin qui l'avait beaucoup améliorée en lui donnant un régime alimentaire fort sévère analogue à celui de l'eczéma et en lui prescrivant des lotions au bicarbonate de soude.

Malheureusement ce même docteur, il y a 3 jours, après un nouvel examen minutieux, lui dit qu'il pensait qu'elle avait un cancroïde vers le clitoris et qu'il était nécessaire de l'opérer.

Le chirurgien à qui il l'avait adressée pour pratiquer cette intervention, ne trouvant pas que les symptômes étaient suffisamment accentuées pour agir d'emblée, me

l'avait envoyée pour dire si oui ou non il fallait le faire.

Or voici ce que j'ai constaté :

Tous les organes génitaux externes, y compris l'anneau vulvaire, sont un peu indurés et inextensibles ; les petites lèvres sont atrophiées, le volume des grandes lèvres est fort réduit. Tous ces phénomènes de rétraction, d'atrophie ne semblent pas s'accompagner de sensation de douleur ou même de gêne. Il n'y a que du prurit.

Vers le clitoris il existe une production blanchâtre assez épaisse, dont l'aspect, la coloration, la consistance tout à fait analogue à ceux de la leucoplasie vraie, mais on ne constate pas à ce niveau de bourgeonnement papillomateux ; il n'y a pas d'induration nette ; rien enfin ne permet de conclure à un début de transformation épithéliomateuse.

Toute la face interne des grandes lèvres et les petites lèvres, sont d'un blanc grisâtre, à peine rosées, et sur ce fond se voient des stries d'un blanc plus mat formant des arborisations, avec ça et là, des sortes de nodules blanchâtres plus ou moins réguliers. Le tout est parfaitement identique comme aspect à celui du lichen plan de la face interne des joues.

Au niveau des grandes lèvres, à la hauteur du clitoris, tout autour de la plaque leucoplasique que nous avons mentionnée plus haut, se voient des telangiectasies simulant tout à fait celles qui se développent à la suite de l'application des Rayons X. Or la malade n'a jamais été traitée par la radiothérapie.

Nous prescrivons du repos, le séjour à la campagne, de la valériane associée à la jusquiana, la suppression totale du café et du thé, que la malade absorbait en grande quantité, des boissons diurétiques et localement des soins de propreté minutieux, pris avec de l'eau de camomille coaltanée ; des badigeons au bleu de méthylène et une pâte d'oxyde de zinc additionnée d'un dixième d'ichtyol.

Nous avons revu cette malade le 5 novembre 1913. Sous l'influence de la simple médication que nous venons d'indiquer, presque tous les phénomènes morbides s'étaient progressivement atténués. Les démangeaisons avaient disparu. La malade avait pu vivre à la campagne de la vie de tout le monde. Mais elle était revenue en octobre à Paris, elle y avait repris ses occupations et pour pouvoir supporter des excès de travail elle avait repris du café. Au bout de 15 jours le prurit vulvaire avait reparu. En outre elle avait été prise de certains malaises, d'un peu de fièvre : les urines étaient devenues concentrées, elle avait eu des envies incessantes d'uriner et les parties génitales étaient de nouveau devenues enflammées et douloureuses. C'est dans ces circonstances qu'elle s'était décidée à me revoir.

Je constatai que le kraurosis existait toujours, plus de capuchon de clitoris, plus de clitoris, plus de petites lèvres visibles : l'orifice du vagin est rétréci et inextensible.

Mais les lésions que j'avais notées en janvier ont notablement diminué. Les parties sont plus souples, moins rigides, il existe toujours de la leucoplasie nette vers la fourchette, il y a même de petits lambeaux blanchâtres qui ont été en partie détachés par les récents grattages, mais les stries blanches qui existaient sur tout le reste de la vulve ont à peu près complètement disparu. D'ailleurs la crise actuelle est en voie de décroissance. La malade a spontanément repris depuis quelques jours le traitement que je lui avais donné en janvier et déjà les parties sont moins tendues, le prurit a diminué, la pollakiurie a cessé et les urines ont repris leur couleur et leur abondance normale.

M. le docteur Brocq reprend ensuite et discute le diagnostic, des différentes lésions trouvées chez cette malade et conclut qu'il existe de façon non douteuse du kraurosis, de la leucoplasie, et des stries blanchâtres qu'il rattache

au lychen plan. Leurs arborisations typiques avec renflements nodulaires bien pathognomoniques ne permettant pas de les confondre avec les tractus blanchâtres qui peuvent accompagner la leucoplasie (Communication de MM. Nicolas et Moutot, Société de Dermatologie, 3 juillet 1913, Bulletin, page 403).

OBSERVATION XVI (*extraite du Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie de juillet* 1913 *n°* 7, *page* 406, *publiée par M. le docteur Balzer et Mlle Landesmann*).

UN CAS DE KRAUROSIS VULVŒ ; SES RELATIONS AVEC LE LICHEN ATROPHIQUE

La malade Z.., âgée de 63 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un prurit vulvaire dont le début remonterait à 5 ans. Il serait survenu 7 ou 8 ans après la ménopause. Un médecin, consulté à ce moment, avait constaté la présence de petites plaques blanchâtres et avait fait le diagnostic de psoriasis.

Depuis, la lésion évolua en s'accentuant, et, à l'heure actuelle, la malade éprouve des sensations de cuisson pénibles et des démangeaisons atroces qui la privent de repos et l'empêchent de travailler. A l'examen de la région, on constate tout d'abord sur la face interne de la cuisse droite deux placards qui tranchent par leur couleur blanche nacrée sur le reste des téguments. De forme régulièrement arrondie, chaque placard a la dimension d'une pièce de 5 fr. environ.

Son centre est lisse et déprimé, mais à la périphérie, sur la largeur d'un demi-centimètre environ, l'épiderme est saillant, finement plissé, formant un cercle gaufré complet au niveau d'un placard et un demi-cercle au niveau de l'autre. Cette bordure est aussi d'une coloration légèrement rosée.

Ces placards ne sont pas adhérents aux plans profonds ; la peau y est parfaitement souple et légèrement dépressible au centre, comme si le derme était aminci à ce niveau.

Trois placards semblables, mais de dimensions moins considérables, se trouvent à la face interne de la cuisse gauche.

A l'examen de la région vulvaire, on constate une diminution considérable du système pileux. Les grandes lèvres forment un relief très peu prononcé ; elles sont affaissées, flasques, et, en les écartant, on constate la disparition totale des petites lèvres et du capuchon du clitoris.

La face interne des grandes lèvres ne présente aucun relief ; en haut, elle se continue insensiblement avec les téguments du pubis, en bas elle descend vers la région anale en effaçant complètement la fourchette. L'ensemble donne l'impression d'un entonnoir à petite extrémité répondant à l'orifice vaginal. Celui-ci, assez rétréci, peut admettre deux doigts.

La muqueuse a perdu sa coloration normale, elle est blanc rosé, présente un aspect lisse, vernissé, rappelant les plaques leucoplasiques.

Elle paraît épaissie, a perdu sa souplesse normale et donne une impression de sécheresse. Le toucher vaginal montre une atrésie profonde du vagin ; la pulpe du doigt pénètre dans un infundibulum serré qui ne permet pas d'atteindre le col de l'utérus, ni de l'apercevoir avec le spéculum. La surface du vagin est lisse, s'excorie assez facilement. Pas de sécrétions.

La malade raconte qu'elle a eu un accouchement très

rapide qui n'a pas duré plus de deux heures. Pendant les suites, elle éprouva des douleurs vives dans un côté de l'abdomen ; on crut à une péritonite et on appliqua des sangsues. Elle dut rester au lit fort longtemps. Pendant longtemps elle eut des pertes blanches pour lesquelles elle fit une saison à Luchon. Ces pertes ne cessèrent qu'après sa fièvre typhoïde.

En cherchant si la malade ne présente pas des modifications analogues au niveau des autres muqueuses, nous avons constaté une sécheresse habituelle de la bouche et de la langue ; la malade nous dit elle-même « ne pas avoir assez de salive pour coller un timbre ». Mais il n'y a pas à la bouche de lésions comparables à celles de l'orifice vulvaire. Notons de plus un vitiligo disposé symétriquement sur le dos des deux mains et des lésions de rhumatisme déformant avec nouures aux doigts, sans renversement du bord cubital.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Nous sommes donc en face d'une femme âgée qui présente une involution spéciale du revêtement cutano-muqueux de la région vulvaire avec atrésie vaginale.

L'examen complet de la malade ne nous a révélé aucune maladie en rapport avec cet état.

Dans ses antécédents on note une fièvre typhoïde à 33 ans et plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. Mais on ne trouve rien qui pourrait mettre sur la piste de la syphilis ; aucune trace de syphilis cutanée ou viscérale ; la malade n'a jamais eu de fausses couches ; elle a une fille âgée de 40 ans qui s'est toujours bien portée. Aucune trace non plus d'hérédo-syphilis. La réaction de Wassermann, faite au laboratoire de M. Gastou, a été complètement négative.

Nous insistons sur la syphilis parce qu'elle a été invoquée par nombre d'auteurs comme cause de kraurosis et, dans notre cas, elle permettrait de rattacher à la même

cause le kraurosis et le vitiligo. A propos du rhumatisme déformant de notre malade, nous rappelons l'observation d'Arniny, où il s'agissait d'un kraurosis et d'un rhumatisme déformant survenus chez une hérédo-syphilitique.

Mais dans notre cas nous croyons pouvoir rejeter la syphilis, il n'y a pas lieu de discuter longuement s'il faut la faire entrer en ligne de compte. Notre malade d'ailleurs la nie énergiquement, et pour son mari, et pour elle.

OBSERVATION XVII (*personnelle*)

PRURIT APRÈS LA MÉNOPAUSE. — DÉBUT DE KRAUSORIS. — LEUCOPLASIE ET LICHEN ?

Anna Ben..., 54 ans, ménagère, vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur Siredey, pour prurit vulvaire datant de 4 ans, mais plus intense depuis 15 jours.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique ; interné dans une maison d'aliénés pendant ces six derniers mois. Mort à 50 ans.

Mère bien portante habituellement. Morte à 74 ans d'affection pulmonaire.

2 frères morts, l'un à 2 ans, l'autre de fièvre jaune ; 1 sœur morte de « paralysie générale » à 32 ans.

1 sœur âgée actuellement de 56 ans, internée à la Salpêtrière depuis l'âge de 29 ans pour « troubles mentaux ».

Antécédents personnels. — La malade a toujours été nerveuse. A 10 ans, à la suite d'une grande frayeur (incendie la nuit de la maison qu'elle habitait), présente une

éruption généralisée qui fut soignée à l'hôpital Saint-Louis par des bains d'amidon.

A ce moment, débutent les premières démangeaisons qui vont durer 5 à 6 ans ; elles survenaient, dit la malade, en un point quelconque, bras, dos, jambe, plus rarement sur tout le corps, duraient environ un mois ; plusieurs crises par jour — puis cessaient pour reprendre de nouveau. Aux points prurigineux, la malade n'a jamais remarqué la présence d'éruption quelconque ; vers l'âge de 16 ans les crises de prurit disparaissent.

Réglée à 12 ans ½ ; règles normales durant 5 à 6 jours, toutes les 4 semaines environ, toujours très douloureuses. Ménopause à 50 ans ; 4 grossesses les 2 premières à 31 et 37 ans, enfants actuellement bien portants, les 2 dernières à 40 et 43 ans, fausses couches de 2 mois et 3 mois ½.

Maladie actuelle. — Il y a 6 ans, à l'âge de 48 ans, les démangeaisons réapparaissent sans cause connue ; elles sont presque généralisées, ou bien se localisent en un point quelconque, mais d'une manière fugace, pour passer rapidement à un autre point. Elles sont assez intenses pour réveiller la malade la nuit ; elles sont favorablement influencées par les bains alcalins.

Il y a 4 ans, à l'époque de la ménopause, les démangeaisons qui, jusqu'alors, *n'avaient jamais atteint les organes génitaux*, s'y localisent presque exclusivement. Leur intensité varie beaucoup. Parfois il n'y a qu'une seule crise le soir ; plus souvent il s'en ajoute une deuxième au cours de la nuit. A la suite d'écarts de régime, les crises deviennent plus fréquentes, plus intenses. En ce moment elles laissent à peine quelques heures de repos à la malade, il y a 5 à 6 crises par jour et 2 ou 3 la nuit, depuis 15 jours environ ; la malade rapporte cette recrudescence à l'ingestion d'oseille.

Les rapports sexuels sont douloureux et déterminent

des crises de prurit intense que la malade ne peut calmer qu'avec des injections et des lotions chaudes.

Examen local. — La peau de la région présente une teinte un peu brunâtre, peu accentuée et sans aucune lichénification.

Les grandes lèvres forment une saillie encore appréciable, mais ne recouvrent pas les petites lèvres qu'elles entourent simplement. Les poils sont abondants et normaux ; ils ne sont pas usés par le grattage. La partie la plus saillante des grandes lèvres, du côté de la face interne, présente une pigmentation plus accusée que le reste, et qui tranche d'autant plus que le vestibule et le clitoris ont une coloration plus pâle non douteuse à ce niveau, et en regardant très attentivement, on trouve une série de points brillants, nettement isolés les uns des autres, gros comme des têtes d'épingle ; au premier coup d'œil il semble qu'il y ait là une simple dépigmentation ou plutôt une conservation de la coloration normale. Mais à un examen plus approfondi, la muqueuse paraît plissée, plus mince comme en un point atrophique. Le grattage méthodique soulève rapidement, sur quelques-uns de ces points, une petite squame sèche qui ressemble au toit d'une vésicule desséchée ; aucune sérosité et avant le grattage la lésion est plane, non surlevée et ne ressemble pas à une vésicule. On compte une vingtaine de ces lésions sur chaque lèvre.

Les petites lèvres forment encore en avant une saillie appréciable ; elles dépassent même les grandes lèvres surtout dans leur partie moyenne, mais en arrière, au niveau de la fourchette, elles sont complètement atrophiées. Leur face interne, le vestibule et la portion de la muqueuse située entre le méat et le vagin présentent une coloration blanc jaunâtre. Au niveau de la fourchette, à l'entrée du vagin, on note un semis de points rouge vif. A la partie moyenne de la face interne des petites lèvres, on trouve une coloration plus blanche ne formant pas une nappe

uniforme, mais sur laquelle au contraire on peut relever toute une série d'arborisations nettes présentant en plusieurs points de petits renflements nodulaires rappelant tout à fait l'aspect que donne le lichen plan buccal. A aucun niveau, la muqueuse ne présente d'autres lésions semblables ; ces réseaux sont plus nets sur la face interne de la petite lèvre droite.

A leur partie antérieure, les petites lèvres viennent rejoindre le capuchon du clitoris en formant une forte saillie. Le clitoris est volumineux et présente ainsi que la face interne du capuchon un enduit blanchâtre peu épais mais extrêmement adhérent ; le capuchon est dur, rigide, presque parcheminé.

Toute la vulve présente une sécheresse particulière, que l'œil même apprécie ; à la palpation, cette impression s'accentue en même temps qu'on note une rigidité spéciale non seulement au niveau du capuchon, mais sur les petites lèvres.

L'orifice vaginal est étroit mais encore légèrement extensible ; les parois du vagin sont lisses, sèches, souples. Elles présentent une coloration légèrement plus pâle que normalement. Il en est de même du col utérin, qui en outre est un peu volumineux. Le corps est petit en antéposition, antéflexion légère ; ovaires petits, indolores.

En résumé, voici une malade atteinte de prurit généralisé, qui, au moment de la ménopause, localise ce prurit à la vulve et uniquement à la vulve.

En même temps se développent des lésions de sclérose qui en sont actuellement au stade prékraurosique de Thiburge, évoluant vers le kraurosis.

En outre on note la présence d'exudats blanchâtres encore discrets et dont le diagnostic présente des difficultés. M. le docteur Brocq, auquel nous avons montré la malade il y a quelques jours, pense à un début de lichen plan au niveau de la lèvre droite, et de leucoplasie pour la lé-

sion clitoridienne ; nous devons lui montrer de nouveau la malade et nous nous proposons de publier plus tard la suite de cette intéressante observation.

Pour tout traitement cette malade a pris des injections adoucissantes et a eu récemment 5 séances de Rayons X de 4 H., qui ont amené une très légère amélioration du prurit.

OBSERVATION XVIII (*extraite du livre* « Radiumthérapie » *de MM. les docteurs Wickham et Degrais*)

Une dame de 72 ans souffre depuis 10 ans d'un prurit vulvaire et périnéal que rien n'a pu soulager. Elle ne peut supporter longtemps la position assise et les nuits sont toujours entrecoupées de réveils occasionnés par un besoin impérieux de grattage.

Il n'y a aucun écoulement vaginal.

Les grandes lèvres et les régions environnantes sont épaissies ; le périné et la région anale et périnéale sont rouges et enflammées.

Une application de l'appareil n° 2 trois minutes sur chaque place répétée trois jours consécutifs atténue les sensations douloureuses et principalement les démangeaisons nocturnes.

Huit jours après, une deuxième série d'application semblable à la première est suivie d'une régression progressive remarquable. La malade peut rester plus longtemps assise sans éprouver de douleurs et les démangeaisons ont disparu. Peu à peu, l'amélioration s'accentue

et aboutit à la disparition de tous les troubles ressentis auparavant.

La rémission actuelle date déjà de 12 mois.

CONCLUSIONS

Comme tout prurit, le prurit vulvaire demande, pour évoluer, un terrain spécial, variable avec les individus et dont l'existence est indispensable pour permettre son éclosion. Cause générale.

Comme toute affection siégeant au niveau d'un orifice naturel, il est localisé à ce niveau dans la majorité des cas, par une lésion de voisinage. Cause locale.

Suivant les cas, la dominante étiologique sera l'une ou l'autre de ces deux causes.

Parmi les causes locales il en est une dont le rôle commence seulement à être mis en lumière et qui tient une place prépondérante : c'est l'absence physiologique ou anatomique de l'ovaire.

En rapport avec son mauvais ou son non fonctionnement on voit se développer toute une série de lésions pour lesquelles de nouvelles recherches sont nécessaires. Il resterait à préciser le rôle de ces divers facteurs les uns par rapport aux autres : fonction ovarienne, prurit, lésions de sclérose, et même leucoplasie.

Dans les autres cas, sauf pour le prurit essentiel, la cause locale est plus apparente et souvent guéris-

sable ; sa guérison amène l'amélioration ou la guérison du prurit.

Le traitement comporte trois indications :

Traitement symptomatique.

Traitement local des lésions.

Traitement général.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

LANDOUZY. POZZI.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Leucoplasie avec épithilioma du clitoris, ses rapports avec le kraurosis. *Annales de gynécologie*, Paris 1907, p. 347.

Auvard. — Traité de gynécologie, 1892.

Balloch. — The américan journal of obstrict. Pruritus vulvae, and allied conditions.

Barton Cooke Hist of Philadelphia. — The surgical treatment of Pruritus vulvoe with the report of a case cured by resection of the genito-crural, ilion inguinal, inferior pudendal and superficial périnal nerves.

Bitchousky (Mlle). — Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvaire, thèse Paris, 1912.

Bouquet. — *Revue internationale de Médecine et de chirurgie*, 10 février, 1908.

Brocq. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 1907.

Brocq et Léon Bernard. — *Annales et Dermatologie et de syphiligraphie*, 1899, p. 8. Etude nouvelle des lésions intertrigineuses chez la femme.

Carnot (Paul). — Traitement du prurit vulvaire

chez les diabétiques. *Progrès médical*, 1900, p. 307.

Collard-Huard (Mme). — De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne. (Thèse Paris, 1911).

Dalché. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1907. Traitement du prurit vulvaire.

Dalché. — Les prurits vulvaires, le kraurosis *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1908, p. 11.

Darbois. — Les prurits circonscrits rebelles, leur traitement par la radiograthérapie, *Journal de Médecine de Paris*, 23 mai 1914, n° 21, p. 408.

Darier. — Pécis de Dermatologie.

Fraysse. — Etude sur l'oxyurus vermicularis. Thèse Paris, 1895.

Gaillard Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes, 1897, p. 89. (traduit par Lutaud).

Guéneau de Mussy. — *Gazette des hôpitaux*. Etude clinique sur le prurit vulvaire 1868, p. 457-464-477.

Guillain. — Hyperesthésie cutanée en rapport avec les affections viscérales. *Révue de Médecine*, mai 1901.

Gummert. — Beitrag zur cetrologia and therapie des prurites vulvae. Verhandl d. Gesellesch

Deutsch naturf. u. Herzch, 1899. Leyrz, 1901, I XXI, p. 22.

Héraud et Poirot Delpeuch (de Luxeuil). — Les troubles gastro-hépatiques des utérines. *Congrès international d'hydrologie de Madrid*, 1913.

Jayle. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, p. 403 à 455.

Jayle. — Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juin 1910, p. 523, kraurosis et leucoplasie vulvaire.

Jayle. — Un cas de kraurosis vulvae compliqué de leucoplasie. *Bulletin de la Société de l'Internat*, 1912, p. 214.

Jayle. — La sclérose vulvaire et le kraurosis vulvae (communication au V^e^ congrès international d'obstétrique et de gynécologie, sept. 1910.

Jayle et Bender. — Leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, déc. 1905, p. 961.

Kaposi. — Leçons sur les maladies de la peau (traduites par Bernier et Doyon).

Labusquière. — Du prurit vulvaire. Son traitement. *Annales de thérapeutique dermatol. et syphil.*, 1903, p. 25.

Lubusquière. — Prurit vulvaire. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897.

Loraud de Carlsbad. — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du prurit vulvaire diabétique. *Gazette de gynécologie*, 1903, p. 282.

Leroux (Robert). — Dangers et méfaits du menthol. *Presse Médicale*, 1912, p. 114.

Letulle. — Leucoplasie vulvaire *Bulletin et mémoires de la Société anatomique*, Paris 1901.

Lévi (L.) et Rothschild (H.). — Etude sur la pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, 1907.

— Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines, 1910.

Marion. — A propos d'un cas de leucoplasie vulvaire, *Bulletin médical*, 5 avril 1911, p. 275.

Martineau. — Prurit vulvaire, *Annales Médico-chirurgicales*, 1885.

Morestin. — Leucoplasie vulvaire, *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphil.*, Paris, 1907.

Nicolas J. et Moutot. — Prurit avec lichénification en coexistence avec une leukokératose mécanique de la lèvre à type de lichen buccal ; difficulté de diagnostic avec le lichen plan. — *Société de dermatologie et de syphilographie*, juillet 1913, Bulletin n° 7.

Perrin (de Marseille). — Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale, ses rapports avec le kraurosis vulvae. Son traitement. *Annales*

de dermatologie et de syphiligraphie, 1901, p. 23.

Perrin (de Marseille). — Utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans les leuco-kératoses de la bouche et de la vulve. *Ann. dermat. et de syphilil.*, 1891, p. 825.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1907.

Raillet. — Les vers intestinaux dans la pathologie infantile. Thèse Paris, 1911.

Reclus. — Leucoplasie et cancroïde des muqueuses buccale et vaginale. *Gazette des hôpitaux*, 1888. *Presse Médicale*, 1905.

Régis. — Du prurit dans la syphilis. Son origine. Thèse.

Rona. — Présentation d'un cas de kraurosis et prurit à la Société hongroise de Dermatologie, janvier 1897. Traduction, *Annales de Dermat. et syphil.*, 1898, p. 474.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis obstétrique, p. 662, prurit vulvaire chez la femme enceinte.

Rudeaux. — Prurit vulvaire. *Revue internationale de Médecine et de chirurgie*, juillet 1908.

Rudeaux. — Pathologie et traitement du prurit vulvaire chez la femme enceinte. *Clinique*, mai 1910.

Seligmann. — Uber pruritus vulvae. *Berlin, klin Wochenschrit*, 1892, XXIX, 1078.

Sierra. — Un caso de prurito genital crurada par

lu ulta frecuencia. *Revisto espanola de dermatologie et sifilographia*, février 1912

Simonet. — Prurit vulvaire reflexe dans la métro-vaginite aiguë. Thèse Paris, 1905.

Siredey (A.) et Jean-Louis Faure. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1910.

Sottas. — Dermatose prurigineuse consécutive à la castration guérie par l'opothérapie. *Annal. de dermat. et syphyl.*, avril 1902.

Thibierge. — Etude clinique sur le kraurosis vulvaire , *Annal. de Dermat. et syphil.*, 1908, p. 1.

Thomas Marc Madden. — *The médical Press. and circular.* On the pathologie and traitment of pruritusvulvae and other hyperaesthetec condition.

Verchère. — Traitement du Prurit vulvaire et des affections parasitaires. *Médecine Moderne*, 24 mars 1900, p. 185.

Veyrières. — Emploi de la douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses, *Gazette des hôpitaux*, 1913.

Walthard. — Uber den psychogenen P. V., und seine Behandlung, *Deutsche Méd. Wohensch.*, Leipzig, u Berl., 1911, p. 831.

Wickham. — Prurit ou prurigo comme signe révétoire du cancer abdominal. *Bulletin de la Société de dermatol. et de syphilis*, juin 1903.

Wickham et Degrais. — Radiumthérapie, 1909.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 5
Généralités 9
Etiologie générale 19
Lésions macroscopiques 26
Symptômes 35
Etude de Types cliniques 42
I. — Prurit de causes locales périgénitales ou génitales externes .. 44
Pthyriase-gale 44
Prurit médicamenteux 46
Oxyures 48
Muguet 51
Affections urétrales vésicales 51
Hémorrhoïdes 52
Herpès-Zona 53
Syphilides vulvaires 54
II. — Vulvo-vaginites. — Métrites 57
III. — Grossesse 68
IV. — Ménopause 74
V. — Leucoplasie. — Kraurosis. — Lichen plan 82
VI. — Diabète 105
VII. — Prurit essentiel 111
Traitement 116
Général 116
Local 125
Médicamenteux 125
Air chaud 132
Electricité 133
Rayons X 135
Radium 137
Douche filiforme 139
Scarifications 140

Cautérisations 140
Auto-hématothérapie 140
Chirurgical 141
Résumé 144
Observations 147
Conclusions 195
Bibliographie 197